

国府台地区（国府台病院・市川市周辺地区）における 重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：佐竹直子¹⁾

研究協力者：吉田光爾²⁾、古家美穂²⁾、山本啓太¹⁾、佃弘美¹⁾、原田郁大¹⁾、薬師寺あかり¹⁾、
真行寺伸江¹⁾、堀内亮³⁾、長竹教夫⁴⁾、小川友季¹⁾、池田尚彌²⁾、下平美智代²⁾、
片山優美子⁵⁾、伊藤順一郎²⁾

- 1) 独) 国立国際医療研究センター 国府台病院
- 2) 独) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 社会復帰研究部
- 3) 神奈川県立こども医療センター
- 4) 国際医療福祉大学
- 5) 長野大学

要旨

国府台地区において医療・福祉サービス多機関によるアウトリーチ支援ネットワークを構築し、アウトリーチ支援の有効性とネットワークを用いた支援モデルの有用性について検討した。

平成 23 年 11 月 1 日から同 25 年 2 月 28 日までに国府台病院に入院した全患者で、スクリーニングにてアウトリーチ支援が必要と判断された患者 160 名のうち介入群 28 名、対照群 38 名に研究同意を得てアウトリーチ支援に関する介入研究をおこなった。退院後 1 年間で 21 名がアウトリーチサービスを継続して地域生活を維持していた。

当地区における多機関でのアウトリーチネットワークモデルは、救急・急性期治療をおこなう病院と地域の医療および福祉事業所とのアウトリーチ・ケアマネジメント連携モデルとして有用であると考えられるが、報酬上の問題やサービス導入の困難さ、さらに病棟との連携などまだ課題とするところがあり、今後この結果をもとにアウトリーチ支援に関する制度上の問題の提起や、システムの更なる改良が必要と思われる。

A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している国府台地区は、国立国際医療研究センター国府台病院を中心に、千葉県市川市内の訪問看護ステーション、福祉事業所などアウトリーチサービスを提供する多機関でネットワークを構築し本研究に臨んだ。

<国府台病院の病床削減と在宅・地域支援>

国府台病院（当院）は、千葉県北西部に位

置する人口約 47 万人の市川市に所在し、当院精神科は市川市をはじめ隣接する松戸市、浦安市など人口約 100 万人の地域をその主なキャッチメントエリアとした総合病院精神科である。

国府台病院精神科はかつて精神科病床 350 床を有する大規模有床総合病院精神科であったが、平成 17 年度から病床削減に取り組み、平成 20 年度末には現在の 3 病棟（うち 1 病棟は児童精神科病棟 46 床）138 床となった。

慢性病棟が閉鎖され、病棟の役割が救急・急性期治療および身体合併症治療に特化されたことにあわせて、精神科全体の機能も見直しが行われた。在宅・地域支援強化のため、平成 20 年度よりリハビリ・地域支援部門が設けられ、図 1 に示すような 3 つの部門により精神障がい者が地域で質の高い生活を送るための治療を提供できるような体制を構築した。

入院治療は、精神科救急入院料病棟（スーパー救急病棟）42 床と精神科一般病棟（精神科 10:1）50 床計 2 病棟で対応しており、出来るだけ短期間で急性期症状を改善し、地域ケアにつなぐことを目的としている。平成 24 年度年間入院患者数は 638 名、精神科救急入院料算定病棟で平均在院日数は 48.6 日、病床利用率 96.2%、精神科一般病棟で平均在院日数は 64.1 日、病床利用率は 94.8%となっている。キャッチメントエリアの精神科救急対応だけではなく、千葉県の精神科救急システムに千葉県東葛南部の基幹病院として参画しており、キャッチメントエリア以外からの救急要請にも対応している。入院患者の疾患別としては、F2（統合失調症圏）375 名（59%）、F3（気分障害圏）118 名（18%）となっている。

病床削減により長期療養病床を閉鎖したことで、在宅・地域支援の必要性は長期入院からの退院者や頻回入院を繰り返す精神障がい者の地域生活定着のためのみでなく、病棟の回転率を高く保ち救急の機能を維持するためにも重要であると考えられた。

＜国府台地区におけるケアマネジメント＞

精神障がい者の在宅・地域支援として有効な方法としてケアマネジメントが上げられるが、国府台地区においては平成 17 年度より千葉県の単独事業である「マジソンモデル活用事業」が 3 年間実施され、その 1 事業として市内の医療機関および福祉機関、行政機関のスタッフに対してケアマネジメント技術の導

入と地域全体のケアマネジメントネットワーク構築が試みられた。特に福祉事業所においてケアマネジメントを使った在宅支援が当院の病床削減と同時期にこの地区で浸透していた。

当院での病床削減が終了し、在宅・地域支援のあり方を検討するにあたり、少ないメディカルスタッフを有効に利用した支援体制をどうするかが課題となった。平成 20 年当時当院のソーシャルワーカーは 5 名で一般科も兼務の状況で、ケアマネジメントが必要なすべての外来ケースに対応することは不可能と考えられた。そこで病院単独ではなく、地域の医療・福祉サービスと連携した在宅支援システムの構築が必要となった。リハビリ・地域支援部門が中心となり、ケアマネジメントを院内と地域のサービスが連携して行うシステムを構築した。このシステムにおいては、ケアマネジメントの必要性の判断を院内のソーシャルワーカーが行い、ケアマネジメントサービスの提供は ACT や訪問看護、福祉事業所が担うこととした。この新たな連携スタイルの定着ために、平成 20 年度より厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 20 委-8「『地域中心の精神保健医療福祉』を推進するための精神科救急及び急性期医療のあり方に関する研究」に研究協力病院として参加し、急性期ケアマネジメントモデルを病棟に導入し、特に入院中にケアマネジメントの必要性が確認された患者に、地域の事業所のケアマネジメントサービスがスムーズに導入される連携システムが構築された。

＜国府台地区におけるアウトリーチ支援＞

国府台地区でのアウトリーチ支援に関しては、平成 14 年度より重症の精神障がい者に対するアウトリーチサービスである ACT が研究事業として始まり、平成 20 年 3 月の研究終了後も NPO 法人立の訪問看護ステーション ACT-J として多職種アウトリーチサービスを

展開した。

また、国府台病院内には平成 21 年度に訪問看護室が設置され、2 名の看護師が医療福祉相談室のソーシャルワーカー 6 名と協働し、主に身体合併症など看護サービスの必要性が高いケースを中心にアウトリーチを開始した。

その他、福祉サービスとしては、アウトリーチの必要性が高いケースへの対応に、千葉県の単独事業、市川市の単独事業としてそれぞれ中核相談支援事業所があり、また自立支援法サービスの相談支援事業や訪問型生活訓練事業所などがアウトリーチ支援を行っている。

これら複数の医療機関、福祉機関の相互の協力体制のもとアウトリーチ支援を続けてきた。

B. 構築された臨床体制

前記のように、今回の研究導入以前よりケアマネジメントに関してはすでに多機関連携での支援がおこなわれていた。この連携を利用し、今回の研究のためのアウトリーチ支援ネットワークを構築した。

現在構成されている臨床体制を図 2 に示した。アウトリーチサービスを提供する事業所を、その属性により、医療サービス事業所と福祉サービス事業所に分けた。

医療サービスの事業所として、訪問看護ステーションを基盤とした ACT チームである ACT-J、国府台病院訪問看護室と同院医療福祉相談室の多職種チーム、そして福祉サービスとして市川市単独事業である中核相談支援事業所へくる、そして自立支援法サービスの相談支援事業所＋生活訓練として NPO 法人ほっとハート、社会福祉法人サンワーク、NPO 法人千葉精神保健福祉ネット（M ネット）の各チームがある。それぞれの事業所の支援体制は以下の通りとなっている。

1) ACT-J

看護師、作業療法士、精神保健福祉士、医師で構成される多職種チームによる包括支援。平成 25 年 3 月現在、医師 1 名、看護師 5 名、作業療法士 4 名、精神保健福祉士 2 名が在籍し、一定の加入基準を満たす約 80 名の利用者にサービスを提供している。薬物療法や服薬支援、増悪時の救急対応などの医療支援から生活支援、就労支援に至る包括的なサービス提供が、アウトリーチを軸に行われる。24 時間 365 日対応している。

2) 当院訪問看護室と医療福祉相談室

訪問看護室の看護師 2 名が、患者の生活の場に定期的に訪問し、服薬管理や身体管理などの医療的関与を行うほか、医療福祉相談室の 6 名のソーシャルワーカーと協働して生活支援も行う。平日日中のみの対応で、夜間休日の対応はできない。

3) 相談支援事業および生活訓練事業

市川市内 3 か所の福祉事業所が、相談支援事業と訪問型生活訓練サービスを組み合わせ、アウトリーチ支援を行う。スタッフは、相談支援事業のサービス管理責任者や相談支援員であり、医療スタッフとの多職種チームによる支援ではない。相談支援事業所によっては 24 時間の緊急対応も可能となっている。

4) 市川市中核相談支援事業

市川市独自のサービスで、市の委託事業として運営している。複雑な問題を抱えるケースに対し、集中的なケアマネジメントにより継続支援の方向性を決定し、医療や福祉のサービスにつなぐ役割を持つ。行政サービスのため利用料はない。アウトリーチ支援を基本とし、24 時間サービスを提供する。

C. 対象者が受けた支援内容

対象者は以下の手順を経てアウトリーチの

支援が導入された。入院から支援までの流れを図3に示す。

入院時の病棟看護師によるスクリーニングでアウトリーチ支援が必要と判断された患者に対し、病院ソーシャルワーカーが、関係性構築の困難度、地域生活のニーズ、住居地等といった情報を元にアセスメントをおこない、週1回のトリアージ会議で入院早期にアウトリーチチームとのマッチングをおこなう。担当となったアウトリーチチームは、入院中に対象者とコンタクトをとり、退院支援を含むサービスの提供を開始する。また、月1回行われる地域移行会議で、病棟看護師、医師、ソーシャルワーカーが、入院患者の全ケースをモニタリングし、ケアマネジメントの必要性やその後の進捗状況を確認する。そして対象者の退院後、各アウトリーチチームにより在宅支援が開始となる。支援はリカバリー・ストレングスモデルを用い患者の地域生活のニーズの実現をともに目指す支援をケアマネジャーが実践している。

また、多機関によって退院支援から在宅支援までのアウトリーチ支援が継続されるため、各チームの支援状況を確認し、ユニットとして情報共有を行う地域調整会議を月1回実施し、ユニット全体として各対象者に適切な支援が行われているかモニタリングが行われている。また患者の状況により、より適したアウトリーチサービスに移行する為の調整を行ったり、病棟と地域支援間で以降がスムーズに行くよう調整をおこなう。

D. 結果

エントリーおよびサービス利用状況を図4に示す。

平成23年11月1日から平成25年2月28日までに国府台病院精神科に入院となった患者は757名あり、それら全ケースに対して退院後のアウトリーチサービスの必要性についてのスクリーニングを行い、介入群候補者59

名、対照群候補者101名を抽出した。個々のケースに対して研究同意を求め、介入群28名、対照群38名がエントリーとなった。研究終了までに介入群で7名、対照群で4名がドロップアウトとなった。退院後1年の時点で介入群では7名が医療サービスによるアウトリーチ支援を利用、14名が福祉サービスによる支援を利用している。1年間サービス継続は介入群全体の75%となった。

介入群におけるケアマネジャーのコンタクト回数の推移を図4, 5に示した。コンタクト回数は退院前2ヶ月前よりコンタクト回数が増加し、退院1ヶ月前が対面・電話合わせて1人あたり平均14.1回とピークとなる。退院後コンタクト数は減少し、退院後2ヶ月目より月約7回となり、4ヶ月目以降は月平均5~6回程度で推移する。これより退院前2ヶ月から本人とのエンゲージメントおよび退院に向けた準備のためコンタクト回数が増加し、退院後約2ヶ月までは密度の高い支援が必要で、3ヶ月以降は地域生活にも定着し支援量も減る傾向が見られた。また退院後の支援でのコンタクトの形態は、対面と電話が約半々となっており、電話によるコンタクトの

またドロップアウトとなったケースを除く介入群21名、対照群34名のうち、退院後1年間に再入院となったケースは介入群3名、対照群6名であった。

E. 考察

今回国府台地区でアウトリーチ支援ネットワークモデルを構築し、多機関の多職種アウトリーチチームによる支援を実施した。研究を通して個々の支援からモデル全体に至るさまざまな問題点や課題が浮かび上がってきた。

<ネットワークを利用した支援体制>

・ケアマネジメントネットワークの効果

今回の介入研究においては介入群候補者59名、対照群候補者101名と、対照群の対象

者数が介入群より約 2 倍となった。これは、当院が救急基幹病院であるため、キャッチメントエリア以外からの救急入院がかなりの数あるためと、本研究導入以前より市川市においては国府台病院と市内医療・福祉サービス機関とのケアマネジメントについての連携体制が確立しており、すでに多くの重症精神障害者へのケアマネジメント導入が終了していることが考えられる。

・総合病院精神科における地域支援モデル

多機関によるネットワークを利用したケアマネジメント（多職種アウトリーチ）システムは、特にコメディカルの配置が少ない総合病院精神科で、急性期入院医療と連動した在宅・地域支援を実践するのに有効なモデルと考えられる。地域支援の主体を病院外のサービスに任せ、全体のマネジメントを病院がおこなう、つまり病院が在宅・地域支援を担う機能を限定することにより、少ないマンパワーで効率よく支援を展開することが可能になり、病院は救急医療や専門外来、治療効果の高いリハビリテーションなどにその機能を集約することが可能になると思われる。

・支援ネットワークにおけるソーシャルワーカーの役割

このネットワークにおいて、国府台病院のソーシャルワーカーは重要な役割を担っている。ソーシャルワーカーはアウトリーチのケアマネージャーとしての役割はもたず、ネットワークのマネージャーとして機能している。スクリーニングでアウトリーチ支援が必要と判断されたケースを居住地、必要なアウトリーチサービスの密度やサービス内容によって適当な事業所に振り分ける機能のほか、患者へのサービス利用の促しや、病棟スタッフとアウトリーチスタッフ間の調整役、また地域全体のアウトリーチサービスの利用状況の把握などネットワークが有効に機能するようマ

ネジメントをおこなうことが求められている。いわゆる「大きなケアマネジメントのケアマネージャー」の機能をソーシャルワーカーがおこない、この働きが全体の機能を左右することになると考えられる。

・地域調整会議の意義

月 1 回行われる地域調整会議は、ネットワークに関わるアウトリーチチームにとって重要な役割を持つと考えられる。いわゆる「大きなケアマネジメント」の場所であり、個々のケースの情報共有や問題解決に向けての検討を行うことにより、アウトリーチスタッフのスキルアップに加え、ネットワーク全体でより効率的かつ効果的な支援を提供することが可能になり、また地域全体の状況を共有しそこにおける課題を検討することが可能になると考えられる。

・アウトリーチ支援密度の変動

多機関連携ネットワークでの支援は、ケア密度に合わせた事業所の選択ができる一方で、例えば生活訓練を利用しアウトリーチ支援を受けていた患者が ACT の支援に変更になるなど、支援密度の変更が必要になり対応する事業所が変更になる場合、単独チームでサービス密度を変更して対応する場合に比較して、新しい事業所との契約やケアマネージャーとのエンゲージメントなど引き継ぎに時間がかかり負担も大きい。ネットワークの中での情報共有を密にしできるだけ迅速に対応出来ることが必要となる。

<制度上の問題>

・入院中の支援に対する報酬

現在のところ、サービス量のピークは退院直前の 1 ヶ月となっているが、サービス提供機関が入院中にコスト化できるものは、退院前訪問指導料や相談支援事業の地域移行・地域定着事業などごく一部のみで、入院病棟へ

のアウトリーチ主体の支援の場合、コスト外の対応が膨大になる。今後制度化する場合には、入院中の支援についての報酬化が重要であると考えられる。

・訪問以外の対応に対する報酬

退院後の対象者とのコンタクトは、訪問と電話が半々となっており、電話を利用した支援も大きな意味を持っている。また、多機関での連携支援にも、電話での密な情報交換は必須であるため、電話対応に対する報酬の検討も必要と考えられる。

・福祉サービス利用に対する障壁

相談支援事業や生活訓練事業所にケアマネジメントを依頼する場合、サービスを受けるのに必要な手帳の取得や自立支援区分認定といった精神障害に関する認定に対して対象者が拒絶を示すため、サービス導入が困難な場合が見られた。今後、障害受容の困難なケースの福祉サービス利用についての検討も必要であると思われる。

<支援についての問題点>

・支援導入の困難さ

スクリーニングで支援が必要と認められても、サービス利用を拒否するケースがかなり見られた。スクリーニングでは介入群において 59 名の候補者がおりながら、エントリーとなった対象者は約半数の 28 名となっている。これは、研究に対する拒否ばかりではなく、サービス導入に対する拒絶の強いケースに、アウトリーチサービス導入をうまく促すことができていないという問題があるということを示していると考えられる。この問題のベースには、スーパー救急病棟のような入院期間に制限のある病棟で、短期間に関係性を構築し地域支援導入を図ることへの困難さもあると思われる。

<国府台地区での今後の課題>

本研究により、アウトリーチ支援システムが構築され、研究を通してスムーズに機能してきたと思われる。しかし病棟との連携にはまだ課題を残す形となっている。それらの課題を挙げる。

・トリアージ会議のあり方について

病棟の看護師の地域支援についての関心はまだ高いとは言えず、今後地域支援への看護の関与を促すために、トリアージ会議のあり方を変更し、看護と共同で地域ケアを検討する場にしていくことが効果的ではないかと考えられる。

・病棟とアウトリーチサービスの連携について

アウトリーチ支援が必要なケースの場合、入院中サービス導入の為ケアマネジャーとのエンゲージメントや退院準備にある程度時間を要する場合があるが、救急・急性期病棟の治療展開が早く、病棟からの退院要請と準備のスピードがかみ合わないという状況が時々見られた。今後、ケアマネジャーのセッティングを出来るだけ早期におこなうようにする一方で、地域調整会議のような場に病棟も参加し「大きなケアマネジメント」に病棟も参画することにより、お互いの連携機能の強化が図れると思われる。

今回構築したこのモデルは研究終了後も継続される予定であり、本研究で明らかとなった現在の課題に対して今後も取り組んでいくことで、より質の高いサービスが提供可能な精度の高いモデルの構築につながるものと思われる。

F. 健康危険情報 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

2. 学会発表

- Satake, N, Yoshida, E, Ito, J, and Sono, T.
Effectiveness of Intensive Care Management for severe mentally ill in Ichikawa. World Psychiatric Association International Congress 2013, Vienna, October, 2013.
- K. Yoshida, J.Ito, Y, Takahara, N, Satake, M, Nishio, S, Sato, A, Taneda. Actual condition survey on outreach activity of multiple disciplinary team in japan. World Association for social Psychiatry 21st World Congress, Lisbon, June, 2013.

図1： 国府台病院精神科のサービス

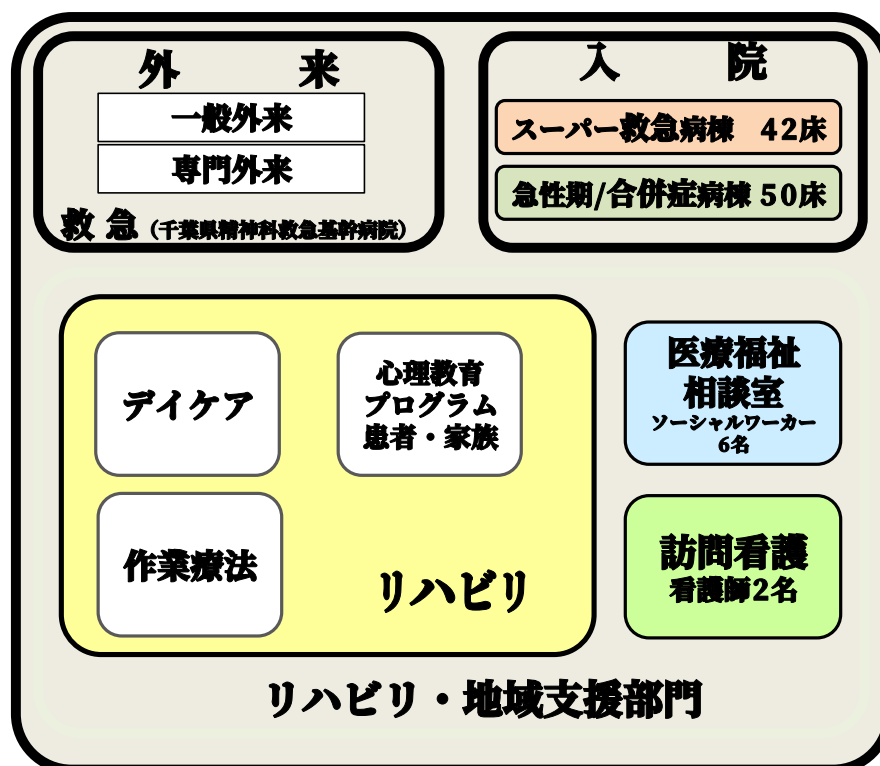
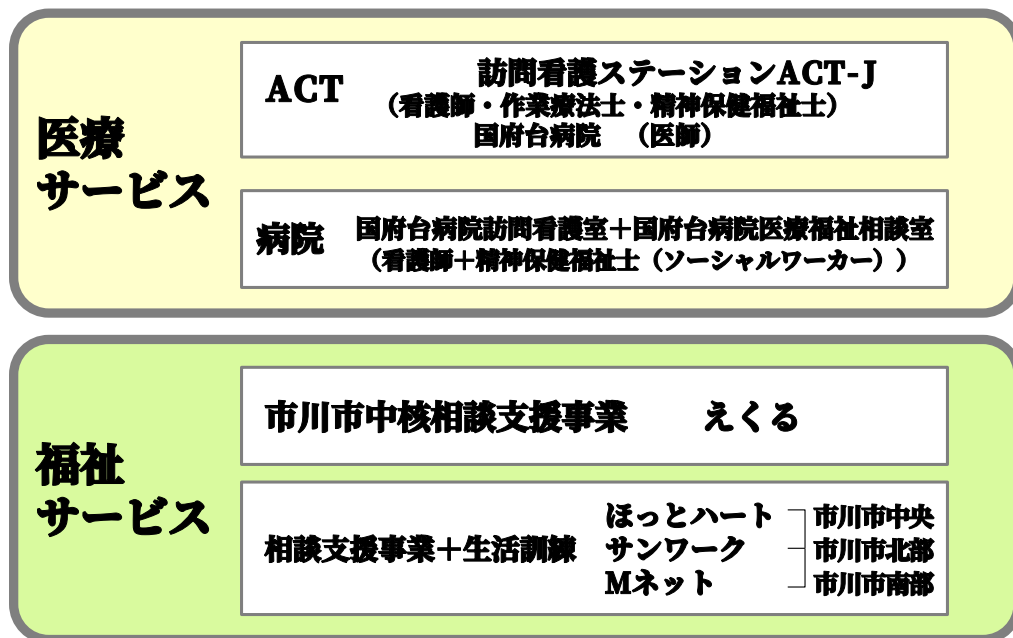


図2： 国府台地区多職種アウトリーチサービス一覧

ケースのニーズに合ったサービスをソーシャルワーカーが選択



ケアマネジメントを行っている事業所がアウトリーチサービスを実施

図3： 対象ケースの流れ

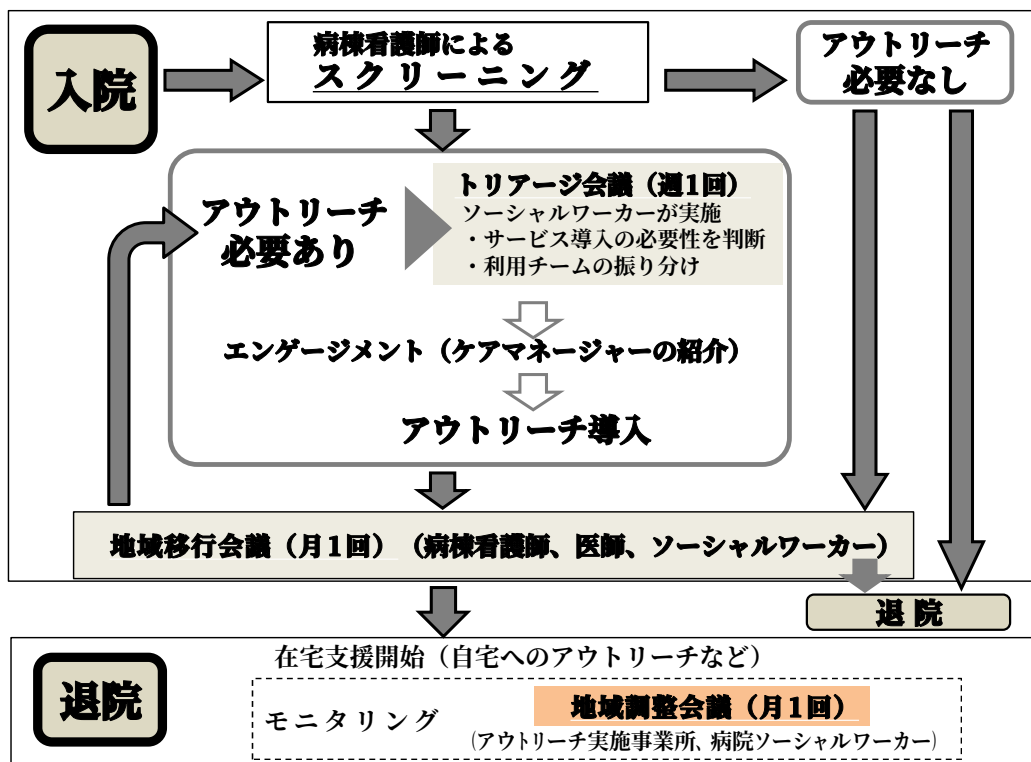


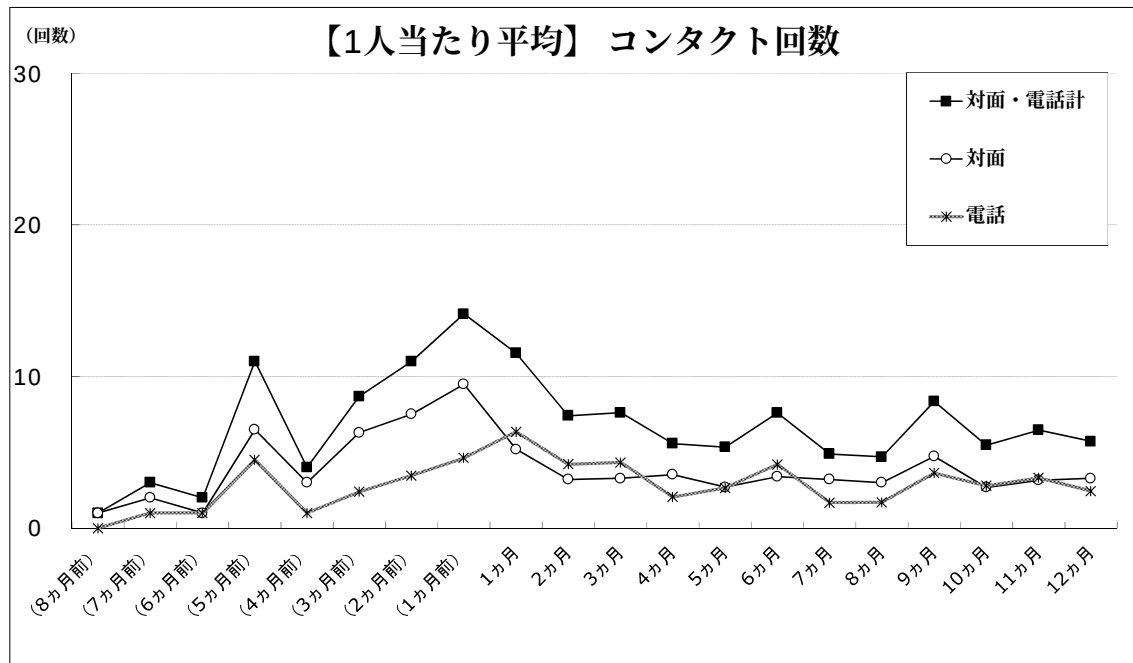
図4：エントリーおよびサービス利用状況

		スクリーニング 実施全数		カットオフ 以上 候補者数	エントリー 者数	ドロップ アウト	多職種 アウトリーチサービス 利用状況	
							医療サービス ACT/訪問看護	福祉サービス ・中核相談支 援事業 ・相談支援 ＋生活訓練
エントリー 期間	2011年 11月 ～2013 年 2月末	757	介入群	59	28	7	7	14
			対照群	101	38	4		

図5：コンタクト回数 詳細

経過月	対象者数	【合計】 コンタクト回数			【1人当たり平均】 コンタクト回数		
		対面・電話計	対面	電話	対面・電話計	対面	電話
(8ヵ月前)	1名	1 回	1 回	0 回	1.0 回	1.0 回	0.0 回
(7ヵ月前)	1名	3 回	2 回	1 回	3.0 回	2.0 回	1.0 回
(6ヵ月前)	1名	2 回	1 回	1 回	2.0 回	1.0 回	1.0 回
(5ヵ月前)	2名	22 回	13 回	9 回	11.0 回	6.5 回	4.5 回
(4ヵ月前)	5名	20 回	15 回	5 回	4.0 回	3.0 回	1.0 回
(3ヵ月前)	10名	87 回	63 回	24 回	8.7 回	6.3 回	2.4 回
(2ヵ月前)	17名	187 回	128 回	59 回	11.0 回	7.5 回	3.5 回
(1ヵ月前)	22名	311 回	209 回	102 回	14.1 回	9.5 回	4.6 回
1ヵ月	20名	231 回	104 回	127 回	11.6 回	5.2 回	6.4 回
2ヵ月	19名	141 回	61 回	80 回	7.4 回	3.2 回	4.2 回
3ヵ月	18名	137 回	59 回	78 回	7.6 回	3.3 回	4.3 回
4ヵ月	19名	106 回	67 回	39 回	5.6 回	3.5 回	2.1 回
5ヵ月	20名	107 回	54 回	53 回	5.4 回	2.7 回	2.7 回
6ヵ月	20名	152 回	68 回	84 回	7.6 回	3.4 回	4.2 回
7ヵ月	19名	93 回	61 回	32 回	4.9 回	3.2 回	1.7 回
8ヵ月	20名	94 回	60 回	34 回	4.7 回	3.0 回	1.7 回
9ヵ月	19名	159 回	90 回	69 回	8.4 回	4.7 回	3.6 回
10ヵ月	19名	104 回	51 回	53 回	5.5 回	2.7 回	2.8 回
11ヵ月	19名	123 回	60 回	63 回	6.5 回	3.2 回	3.3 回
12ヵ月	18名	103 回	59 回	44 回	5.7 回	3.3 回	2.4 回
計		2,183 回	1,226 回	957 回			

図6: コメディカルコンタクト回数 1人あたり月ごと平均



東北福祉大学せんだんホスピタル・仙台市周辺地区における 重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援に関する研究

研究分担者：○西尾雅明¹⁾

研究協力者：菊池陽子^{1,2)}、近田真美子³⁾、佐藤直也²⁾、鏡せつ子²⁾、梁田英磨²⁾、
安倍知江⁴⁾、亀谷智美⁴⁾、二階堂彩香⁴⁾

- 1) 東北福祉大学 総合福祉学部
- 2) 東北福祉大学 せんだんホスピタル
- 3) 東北福祉大学 健康科学部
- 4) 東北福祉大学 大学院総合福祉学研究科

要旨

本研究の初年度にあたる平成 23 年度以降、東北福祉大学せんだんホスピタルの ACT チームにスタッフの補強をすることで、本研究のための臨床体制を整えてきた。チームの通常の支援者の加入基準も、本研究に合わせる形とし、スタッフの援助理念や労力が拡散しないようにした。

平成 23 年 11 月から平成 25 年 3 月 31 日までの、東北福祉大学せんだんホスピタルへの入院 486 件をスクリーニングし、除外基準とスクリーニング点数（5 点以上）、移動時間（自宅まで 30 分以内で到着可能）などを踏まえ、加入基準を満たした者は、対照群で 20 名、介入群で 32 名であり、そのうち研究への同意が得られた者はそれぞれ 9 名と 15 名であった。同意撤回や転居、サービス中断などの理由による脱落例を除き、対照群 5 名、介入群 13 名で、指標入院からの退院時以降の支援が入院期間に与える影響について検討した。年齢は介入群の方が高い傾向にあり、診断分類も多岐に渡っていた。性別や精神疾患の重症度、指標入院の入院期間、退院時から遡って 1 年間の入院日数（「前入院日数」）などに差はなかった。

両群とも、前入院日数に比べて、退院時から 1 年間の入院日数（「後入院日数」）が有意に減少していた。前入院日数と後入院日数の差を二群間で比較したところ、有意差は得られなかった。一方で、支援対象者の脱落を防ぎ、つながりを維持するという点については、訪問型多職種チームのかかわりは有効と考えられた。

今回、仙台地区だけではサンプルサイズが小さいため、介入による入院抑止効果や他のアウトカムに与える影響については、研究班全体のアウトカム研究結果を参考にされたい。

本研究により介入チームの支援体制を整えることで、エビデンスとは別の観点から、多様で有益な経験をすることができた。今後、この経験を活かし、多職種アウトリーチ・チームとしてより望ましい体制を築き上げていきたい。

A. 研究地区の背景

研究分担者が担当している仙台地区では、平成 23 年度より本研究における多職種アウトリーチ・チームの介入を開始する以前から、既にある程度のフィデリティを保つ ACT チームが東北福祉大学せんだんホスピタルに存在していた。そのため、今回の研究では、既存の ACT チームが研究の加入基準に合わせた対象者に臨床サービスを提供することによって、介入群への介入を行った。そのような背景があるため、次に、せんだんホスピタルと、同院に基盤を置いて活動してきた ACT チームのこれまでの経緯について説明を加える。宮城県仙台市内で平成 20 年 6 月に開院した東北福祉大学せんだんホスピタルの概況は表 1 に示す通りである。同院に、東北地方では初めてとなる ACT チームがあるが、これは全国 の教育機関の附属病院としても初めての試みである。

チームは平成 21 年度には、平日週 5 日勤務を原則とする病院の常勤スタッフ 5 名（看護師 1、OT1、PSW3）と急性期病棟兼任の医師 1 に加え、3 名の非常勤スタッフで構成されていた。

チームの主な支援対象は、東北福祉大学せんだんホスピタルの主に急性期病棟に入院となった者のうち、過去の入院歴や医療中断歴などの精神科サービス利用状況と、過去 1 年間の日常生活機能、診断、年齢、居住地などを参考にして決定していた。自発的な同意により利用者となった者に対して入院中から退院支援を行い、入院期間の短縮につなげるかわりを行い、退院後は、医療・生活支援・家族支援などを必要に応じて他機関やインフォーマル・サービスとの連携を通じて行い、再発・再入院を防ぐとともに、利用者の自己実現を図るための援助を行ってきた。

当初、チームがかかわる訪問活動としては、対象者の障害重症度や状況に応じて幾つかのコースを設定しており、ACT の本来のコア対

象者へのサービスは「カシオペア」コースと名づけられた。「カシオペア」コースの加入基準は、簡潔に言えば、年齢が 20～65 歳の間で対象エリアに住み、主診断が知的障害や認知症、人格障害などの除外診断に当てはまらないもので、過去 1 年間の日常生活機能と精神科医療サービスの利用状況の 2 つの重症度基準をいずれも満たすものに限られる（表 2）。また、平成 22 年度時点の、外部評価による同チームの DACTS の点数は、「人的資源」が 3.5 点、「組織の枠組み」が 4.5 点、「サービスの特徴」が 3.6 点、総合点が 3.9 点と一定のフィデリティが担保される結果となっていた。平成 23 年度は「人的資源」4.5 点「組織の枠組み」4.7 点「サービスの特徴」3.7 点、全体が 4.3 点であった。

B. 構築された臨床体制

臨床実施体制の構築において、最も重要となるのが、これまでの ACT チームの加入基準をどうするか、であった。表 2 で示された基準は、国内の ACT チームの加入基準の中でも最も厳しく設定されているものの 1 つであった。そして、それが利用者の増加を抑制する一因になっていた可能性はある。また、チームのスタッフがかわることになる複数のコース設定が、実はスタッフの混乱を引き起こしている（複数のコースが存在することによって、利用者本人が継続を望んでいるにもかかわらず設定期限内にサービスを終了する方向にもっていく場合もあれば、本人がサービスに乗り気でないにもかかわらず積極的にコンタクトをとることが求められる場合もある）現実も把握されてきた。そのため、平成 23 年度からは基本的に複数のコース設定をやめ、チームが支援する利用者の加入基準を、本研究の加入基準に合わせていくことにした。表 3 に、平成 23 年 11 月以降の東北福祉大学せんだんホスピタル ACT チームの加入基準の概要を示した。期間中に当院に入院になった

者のうち、スクリーニングで除外診断に当てはまらず、チェック項目の合計点が5点以上であり、キャッチ面とエリア内の居住である者、と集約できる。また、全ての入院患者に対し主治医がチェックするスクリーニング用紙を資料1に示した。期間中の入院患者に対するスクリーニング調査に関する説明は、院内全ての病棟に資料2のポスターを貼り、情報開示を行った。

チームの支援対象者を決定するためのエントリー・プロセスについては、表4にまとめた。記載されているように、介入群と対照群との振り分けは、チームのオフィスから自動車で30分以内に移動できるかどうかを、ネット上のソフトを使用してACTの臨床スタッフとは独立した研究協力者が確認することで行った。

現在構築されている臨床体制を、表5に示した。多職種アウトリーチ・チームとしては、医療機関に属して診療報酬を財源とするモデルである。チームの「地域化」の観点からは様々な議論もあるだろうが、利用者が在宅での急性期ケアで落ち着かない時には、他院に紹介するのではなく、入院治療の中で一貫してチームが関わり続けることのできる強みがある。

プログラムのサイズとしては決して大きくはないが、6名のケースマネジャーがチームに専属で週5日勤務であること、プロシューマー・スタッフが1名いることも強みであると言える。

C. 対象者が受けた支援内容

せんだんホスピタルの多職種アウトリーチ・チームの支援の特徴としては、①精神科病院併設型ACTチームとして、登録者が入院中でも密接に関わることができ、関係作りがしやすく、入院から地域移行・地域定着に至るまで一貫して同じスタッフが関われる強みがある、②就労・就学支援が活動全体の2割

弱を占め、これまでチームに登録された利用者のうち、就労を希望する35名中20名がなんらかの形で一般就労を経験し、2名が福祉的就労に従事した実績をもつ。就学・復学・進学を希望した5名は、全員が希望を実現した。家族や大家、学校や企業等、本人以外へのインフォーマルな資源への関わりが訪問活動全体の3割以上を占めており、これらは、医療以外に幅広く、生活支援、就労・就学等利用者のリカバリーにかかわる支援に重きを置くチームの姿勢を示している、③24時間オンコール体制だが1日平均電話相談件数はスケジュール確認も含め6〜7件程度に留まっており、緊急事態を未然に防ぐ日常支援に力を入れている、とまとめられる¹⁾。

D. 結果

1) 研究対象者エントリーの過程

今回の研究では、表3の加入基準をもとに、表4の過程で研究対象者のエントリーを行った。

平成23年11月から平成25年3月31日までの、東北福祉大学せんだんホスピタルへの入院486件をスクリーニングすると、資料1のスクリーニング票の除外基準に該当する入院(a)は288件であった。次に、除外基準には該当しないがスクリーニング票で5点未満の入院(b)が142件である。5点以上でオフィスから当該患者の自宅までの移動に30分を超えるケースの入院(c)が22件(実人数で20名)、5点以上でオフィスから当該患者の自宅までの移動が30分以内のケースの入院(d)が34件(実人数で32名)であった。

対照群は、(c)の20名のうち、研究への同意が得られた9名である。一方で介入群は、(d)の32名のうち、研究への同意が得られた15名であった。

しかし、対照群の9名のうち1名が後に同意を撤回し、3名がサービスを中断して追跡

不可となっているため、以下のアウトカムの比較においては、残りの5名を対照群の分析対象とした。また、介入群の15名のうち、キャッチメントエリア外への転居で介入を終了した者が2名いた。そのため、残りの13名を介入群の分析対象者とした。

2) 分析対象者の属性など

(1) 年齢

対照群の現年齢の平均は31.2 (SD4.8) 歳、介入群の現年齢の平均は41.3 (SD12.3) 歳であり、介入群の年齢が高い傾向にあった（独立サンプルによる Mann-Whitney の U 検定、 $P=0.054$ ）。

(2) 性別

対照群は男性2名、女性3名、介入群は男性6名、女性7名であった。

(3) 診断

対照群の診断名は、統合失調症圏4名、気分障害圏1名であった。介入群では、統合失調症圏5名、気分障害圏3名、強迫性障害3名、広汎性発達障害2名となっていた。

(4) 加入時スクリーニングの総得点数

加入時のスクリーニング調査の得点数の平均値をみると（5点以上が加入の必要条件）、対象群で7.0 (SD1.2) であり、介入群で8.0 (SD2.4) であった。両群でスクリーニング総得点数の分布に関して、統計的有意差はなかった（Mann-Whitney の U 検定）。

(5) 精神疾患の重症度

退院時の精神疾患の重症度については、GAF では、対照群 (N=5) の平均値が41.0 (SD7.3)、介入群 (N=12) の平均値が45.7 (SD7.9) であった。

PANSS 合計得点では、対照群 (N=5) の平均値が78.0 (SD21.8)、介入群 (N=12) の平均値が67.8 (SD15.8) であった。

PANSS 陽性症状では、対照群 (N=5) の平均値が16.0 (SD4.9)、介入群 (N=13) の平均値が14.6 (SD5.3) であった。

PANSS 陰性症状では、対照群 (N=5) の平均値が21.8 (SD7.8)、介入群 (N=12) の平均値が16.2 (SD6.2) であった。

PANSS 総合病理では、対照群 (N=5) の平均値が40.2 (SD9.8)、介入群 (N=12) の平均値が37.0 (SD8.7) であった。

GAF と PANSS の総合得点・陽性症状・陰性症状・総合病理のいずれも、平均値としては対照群の重症度が高いように思われたが、5つの尺度とも、統計的な有意差はなかった（Mann-Whitney の U 検定）。

(6) 指標入院の入院日数

対照群では指標入院での入院日数の平均値は67.4 (SD37.7) であり、介入群では66.0 (SD50.1) であった。両群で入院日数の分布に関して、統計的有意差はなかった（Mann-Whitney の U 検定）。

(7) 過去1年間の入院日数の比較

指標となる入院の退院時を起点として、遡ること1年間の入院日数（以下、前入院日数；指標入院の入院日数が含まれることになる）と、退院時から1年間の入院日数（後入院日数）を、対照群と介入群の対象者に関して算出して比較を行った。

前入院日数に関しては、対照群と介入群の間で統計的な有意差は得られなかった（Mann-Whitney の U 検定、 $P=1.00$ ）。

対照群は平均値で、前入院日数74.4 (SD47.5) から後入院日数13.2 (SD29.5) と低下し（ $P=0.039$ ）、介入群でも前入院日数76.1 (SD46.1) から後入院日数24.1

(SD46.3) と低下していた（ $P=0.042$ ）。いずれの群でも統計的に有意な低下であった（対応サンプルによる Wilcoxon の符号付き順位検定）。

対照群と介入群の両群において、前入院日数と後入院日数の差を算出し、独立サンプルによる Mann-Whitney の U 検定を行ったが、有意な差は得られなかった（ $P=0.767$ ）。

E. 考察

1) 対象者の属性について

年齢については、介入群の年齢が高い傾向にあり、診断分類については介入群の方がより広範囲にわたっていたが、性別では顕著な差はなかった。

次いで、対象者の重症度に関しては、スクリーニング総得点、退院時の GAF、退院時の PANSS 合計得点・陽性症状・陰性症状・総合病理、指標入院の入院日数の全てにおいて二群間で有意な差は認められなかった。

一方で、スクリーニングの総得点が対照群で平均 7.0 点、介入群で 8.0 点であり、ある程度精神状態が改善したと思われる退院時でも GAF 得点が対照群で 41.0 点、介入群で 45.7 であったことを考えると、一定の重症度やニーズをもつ対象者をスクリーニングできていたのではないかと推察される。

2) 介入効果について

(1) 前後 1 年間の入院日数の変化に対する介入効果

今回、仙台地区の対象者のみで、指標入院の退院日を起点とした前後 1 年間の入院日数に関して、対照群と介入群の比較を行った。

まず、対照群の前入院日数は平均値で 74.4、介入群では 76.1 であり、統計的にも有意差は認められなかった。

次に、前入院日数と後入院日数の差を算出し、Mann - Whitney の U 検定を行ったが、これに関しても有意な差は得られなかった。

介入群で入院抑止効果が認められなかったことに関しては、サンプルサイズが小さかったことが一因として挙げられるだろう。

また、分析対象者のバイアスも考えられるかもしれない。介入群では対象者 15 名のうち 13 名が 1 年後の時点で多職種アウトリーチ・チームの支援を継続しており、残りの 2 名も転居で、次のサービス体制に送り出す形で終了となっているので、臨床的なドロップアウト

ト例は 1 名もいなかった。一方で対照群では、対象者 9 名のうち 3 名がサービスを中断あるいは対照群に対するサービスを拒否することになり、他の 1 名は後に研究への同意撤回をしたため、予後の芳しくない者が対照群の分析対象からはずれてしまった可能性もあり、このことが介入効果の検証に影響を与えているのかもしれない。

さらに、今回の前入院日数は、退院日を起点として 1 年間を遡った期間の入院日数であり、そこに指標入院の入院日数も含める形で算出している。一方、指標入院の入院日数を加えない場合には、前入院日数が 0 日となる対象者が、介入群 13 名中 8 名、対照群で 5 名中 3 名と多く、いわゆる頻回入院者ではない者が多いことがわかる。つまり、いったん入院して適切な治療を受けると、1 年程度は地域生活を維持できる相の者が多かったため、指標入院日数を前入院日数に加えてしまうと、前後の差が出やすくなってしまうのかもしれない。

つまり、対照群は平均値で、前入院日数 74.4 から後入院日数 13.2 と低下し、介入群でも前入院日数 76.1 から後入院日数 24.1 と低下しており、ノンパラメトリックな解析でも統計的に有意な低下をしていたが、指標入院退院後からの支援サービスそのものの効果による低下ではなかった可能性があると思われた。

(2) 入院日数前後比較以外の援助効果について

入院日数の前後比較では介入の効果は明らかにはならなかったが、支援対象者の脱落を防ぎ、つながりを維持するという点について検討をした。介入群では対象者 15 名のうち 13 名が 1 年後の時点で多職種アウトリーチ・チームの支援を継続しており、残りの 2 名も転居であり、次のサービス体制に送り出す形で終了となっていたので、臨床的なドロップアウトは 1 例もなかったことになる。一方で対照群では、対象者 9 名のうち 4 名がサービ

スや研究を拒否する結果となった。介入群の非脱落例を 13 例、脱落例を 2 例、対照群の非脱落例を 5 例、脱落例を 4 例とし、クロス集計により正確確率検定を行うと、正確有意確率は両側で $P=0.15$ と有意差は得られなかったが、転居により終了した介入群の 2 例もサービスにつなげたと見れば、サンプルは少ないが圧倒的なフォロー・アップ力の差が見て取れる。以上のように、仙台の訪問型多職種チームのかかわりは、精神医療・福祉サービスの継続の面では有効と考えられ、こうした特性を維持して長期に渡りかかわることが、入院抑止効果や精神症状や QOL の向上などに寄与するのかもしれない。

昨年度の報告書で示したとおり²⁾、介入群の対象者には、入院中からコメディカルの介入スタッフが濃密にかかわって退院支援をしている（表 6、図 1）。したがって、介入群の方が対照群に比べて指標入院の入院期間が短くなっているとしたら、それも介入の効果と考えられるのではないだろうか。実際に、対照群では指標入院での入院日数の平均値は 67.4（SD37.7）であり、介入群では 66.0（SD50.1）であった。両群で入院日数の分布に関して、統計的有意差は認められなかった。サンプルサイズが小さかったことにくわえて、仙台の介入チームが既存の ACT チームとして日中はほとんど研究対象者以外への訪問支援業務が入っているため、相対的に研究対象者の指標入院中の支援が手薄になっていた可能性も考えられる。また、介入群の対象者も対照群の対象者も指標入院の日数は約 2 ヶ月であり、急性期が一段落して隔離解除や外出許可になる時期からの関係づくりとなると、長期入院例などへのかかわりと違って時間的にも十分な介入量を確保できないような、研究対象者の属性も影響を与えているのかもしれない。

今回、サンプル数が少なく、現時点でのデータの不備により、精神機能や QOL その他

のアウトカムについて援助効果の解析はしていないが、多職種アウトリーチ支援の援助効果は、多様な視点から評価されることが望ましいのは言うまでもない。

多職種アウトリーチ支援自体の詳細なアウトカムについては、他の研究分担者の報告を参考にしていただきたいが、今後、仙台地区のデータに関しても、データの整理をしたうえで、GAF や SBS、QOL や満足度などの解析を加える予定である。

(3) 今後目指すべき臨床体制

～今回の臨床研究の経験を活かして～

コメディカルの臨床スタッフが 1 日コンスタントに 4 件以上の訪問活動をし、採算ベースに載せて、より多くのスタッフを確保するなかで、本来の ACT らしいプログラム・サイズを確保したい。十分なプログラム・サイズが担保される中でより多様な視点での支援と時間外の救急対応の充実を図ることができる。

また、現時点ではチーム・リーダーをはじめスタッフの大部分が PSW であり、支援の中心軸が生活支援に偏っている。リカバリーとストレングス・モデルを謳うにしても、多職種アウトリーチ・サービスの支援の大きな柱の一つとしては、必要な利用者に対して、医療の使い勝手を伝える、という役割があると考えられる。ほとんどの支援が生活支援で良いということであれば、相談支援事業所やヘルパーを紹介したり、本当の意味での友人を斡旋することの方が誠意ある支援と言えよう。その意味では、バランスをとるためにも、現在欠員となっている OT や、看護スタッフの増員が必要である。また、今回の介入群への支援には当事者スタッフがフルタイムでケースマネジャーとしての役割を担い、他のスタッフも良い刺激を受けた。今後、当事者スタッフによる支援の確保にくわえて、他の就労支援機関からチームに週 4 日程度出向してくるような IPS 的な医療・生活支援と就労支援の統合が可能になるような支援体制を構築

することが望ましいと考えている（図 2 は、支援者の組織に焦点を当てたものである）。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

文献

- 1)西尾雅明, 梁田英磨: ACT による訪問支援活動—東北福祉大学での実践から.精神保健福祉白書編集委員会編 精神保健福祉白書 2014 年版,中央法規出版,2013.
- 2)西尾雅明ほか: 仙台地区における重症精神障害者への多職種アウトリーチチーム支援モデル体制の整備に関する報告.「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究班平成 24 年度 総 括 ・ 研 究 分 担 報 告 書:101-112,2013.

表1 母体となる「せんだんホスピタル」のサービス

- 2008年6月に開院
- 東北福祉大学の附属病院
- 東北地方では唯一の児童・思春期専門病棟をもつ
- ACT部門 (包括的地域医療支援室) の設置
- 病床数144 (急性期・療養型・児童)

表2 カシオペアコースの加入基準 (重症度)

- 過去1年間の日常生活機能
 - 精神障害を認め、日常に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする期間が6ヶ月以上続いている
 - ・ 例: 適切な食事摂取、身の清潔保持、金銭管理と買物、通院と服薬、他人との意思伝達・対人関係、身の安全保持・危機対応、社会的手続きや公共施設の利用、趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加
- 過去1年間の精神科医療サービスの利用状況
 - 入院日数90日以上 or 医療保護入院ないし措置入院回数2回以上 or 医療中断6ヶ月以上のいずれか

表3 23年11月よりの加入基準

- 平成23年11月～
- 東北福祉大学せんだんホスピタル精神科に入院となった全患者のうち、スクリーニング（除外基準に当てはまらないこと、【問題行動・治療の困難性・経済問題・家族状況】の合計点が5点以上）によってアウトリーチが必要と判断される
- 研究同意がある
- オフィスから30分以内で移動できる範囲に居住している（研究の介入群に相当）

表4 エントリー・プロセス

1. 入院時、スクリーニング用紙に主治医が記入
2. 各病棟のスクリーニング用紙を担当師長（副看護部長）が回収
 - － 介入群と対照群の振り分け
 - － エントリー状況などファイルへの入力
3. 介入群はACTチームが、対照群は大学教員が説明・同意
4. 評価は、リハビリテーション部臨床心理士と大学院生による（主治医が最終確認）

表5 現在の多職種アウトリーチ・サービス臨床体制

- 単一医療機関モデル
 - 就労支援は市内の就労移行支援事業所などと連携
- 精神科訪問看護、退院前訪問指導、往診、在宅患者訪問診療など診療報酬が財源
- 研究前(23年3月時点)からのスタッフ
 - PSW 3名
 - Nrs 1名
 - DR 1名(精神科急性期治療病棟兼務)
- 研究開始後に雇用したスタッフ(26年3月時点)
 - PSW 2名

表6 コメディカルスタッフの平均コンタクト回数

(退院日より起算) 経過月数	コンタクト平均回数(1人当たり)		
		対面	電話
(4ヵ月前)	13.00	11.00	2.00
(3ヵ月前)	12.00	11.00	1.00
(2ヵ月前)	17.67	14.67	3.00
(1ヵ月前)	20.20	14.80	5.40
1ヵ月	23.33	9.67	13.67
2ヵ月	21.33	10.17	11.17
3ヵ月	13.17	5.83	7.33
4ヵ月	12.50	6.00	6.50
5ヵ月	10.75	5.50	5.25
6ヵ月	7.75	4.25	3.50
7ヵ月	8.00	4.00	4.00
8ヵ月	12.00	5.00	7.00
9ヵ月	12.00	5.33	6.67
10ヵ月	9.00	3.50	5.50
11ヵ月	8.50	3.50	5.00
12ヵ月	3.00	1.00	2.00

図1 コメディカルスタッフの平均コンタクト回数

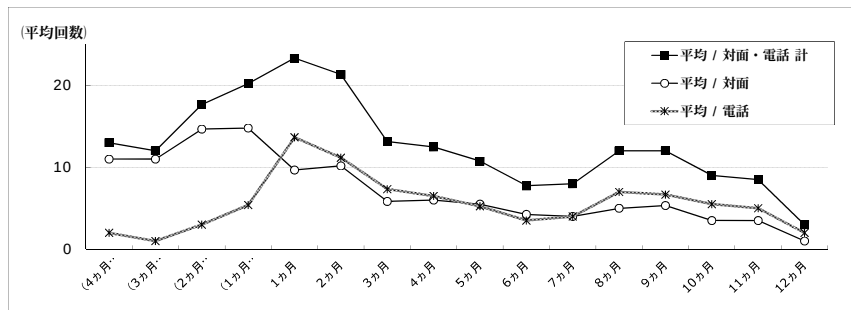
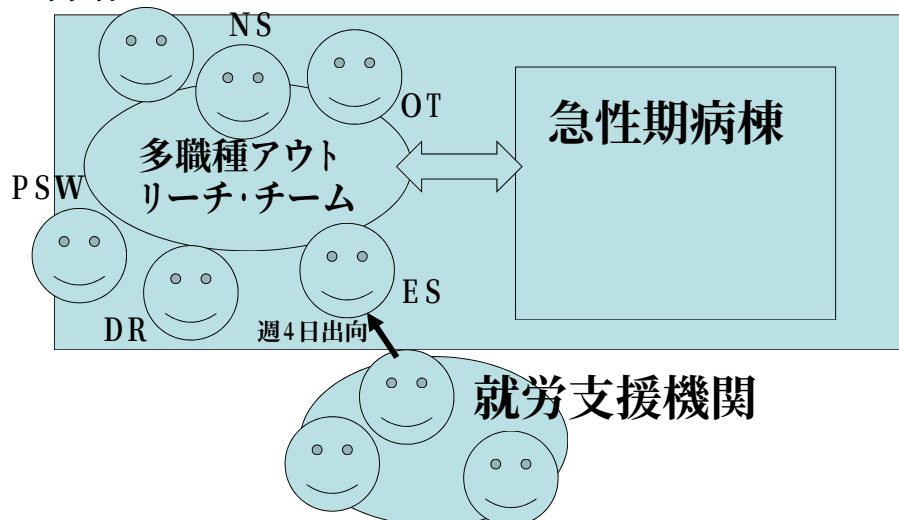


図2 今後のゴールとなる臨床体制

当事者スタッフ



資料 1

[エンボスを以下に押す]

ケアマネジメント入院時スクリーニング票

・入院後 1 週間以内にご記入ください。
 ・ことわりのない限り過去 1 年間の状況で、ご記入ください
 ・どうしてもわからない場合は、空欄にしておいてください。

記入者: _____

病棟主治医: _____

入院日: ____ 年 ____ 月 ____ 日

I. 除外基準	あてはまる状況に○
1. 年齢が 15 歳未満もしくは 65 歳以上である	☐
2. 主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである	☐
3. 鑑定入院・医療観察法による入院である	☐
4. 1 週間以内の退院・転棟・転院の予定が決まっている	☐
5. 検査や mECT・合併症ルートなどの一時的な治療目的の入院であり、戻る病院が初めから決まっている	☐
6. 入院前の外来が他院での通院である	☐
7. 既に SACT の利用者である	☐

↓上記の除外基準に1つも当てはまらない場合、以下をチェック
 (※1つでも当てはまっていたら、以下は記入しなくて結構です)

		あてはまる状況に○		
問題行動	A. 6 ヶ月間継続して社会的役割 (就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う) を担えない	できない: 2	休みがち・不安定: 1	できる: 0
	B. 自分一人では地域生活に必要な課題 (栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・重要書類の管理・移動等) ができず、継続的支援を必要とする (家族が過剰に負担している場合を含む)	とても必要: 2	必要: 1	不要: 0
	1. 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為がある	はい 1	いいえ 0	
	2. 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになる	1	0	
	3. 自殺企図をしたことがある	1	0	
	4. 家族への暴力、暴言、拒絶がある	1	0	
	5. 重複診断 (主診断+知的障害・アルコール/薬物) がある	1	0	
	6. 上記以外の理由による警察・保健所介入がある	1	0	
治療の困難性	1. 過去 1 年間の入院回数が 1 回以上である (今回入院を含まない)	2	0	
	2. 定期的な服薬ができていなかった事が 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	3. 外来受診をしないことが 2 か月以上あった (初発の場合はいいえ)	1	0	
	4. 病気についての知識や理解に乏しい、または治療の必要性を理解していない	1	0	
	5. 今回の入院は措置入院である	2	0	
経済問題	1. 入院時に経済的理由で日用品の準備ができない	2	0	
	2. 入院時に本人・家族から入院費の相談がある or 入院生活に必要な財源がない	1	0	

	3. 入院時に帰る場所が見当たらない（ホームレス、迷惑行為による立ち退き）	3	0
家族状況	1. 入院時に家族または支援者が同行しなかった（警察・保健所はのぞく）	1	0
	2. 支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）	2	0
	3. 同居家族自身が困難な問題（介護・障害・貧困・重病・虐待・不登校などの教育問題等）を抱えており、訪問による支援を要する状態である。	2	0
合計得点（5点以上は裏面も記入して下さい）		_____点	

Ⅲ. 対象者の基本属性	
1. 住所:	
→1) キャッチメントエリア内 2) キャッチメントエリア外	
2. 生年月日: 西暦 年 月 日 (歳)	
3. 診断名 (ICD-10):	
4. 過去1年間の入院回数 (今回の入院は含まない): _____ 回	
5. 生保受給: 1) 有 2) 無	
6. 身体合併症: 1) 糖尿病 2) 他 ()	7. 身長・体重: 体重: kg 身長: cm
8. 同居家族: 1) 有 2) 無 ⇒有の場合: ☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ きょうだい (人) ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 子 (人) ☐ 他 ()	
9. 婚姻状況: 1) 既婚 2) 未婚 3) 離別・死別	10. 発症年齢: _____ 歳
11. 障害年金の受給: 1) 有 2) 無	12. 自立支援医療の利用: 1) 有 2) 無
13. 障害程度区分: 非該当・1・2・3・4・5・6・未認定	
14. 地域の主たる支援者: 1) 有 2) 無 ⇒有りの場合 所属: _____ 支援者名 _____	
15. 過去3か月間の社会資源利用状況 (1か月に1回以上利用のあるもの、複数回答)	
1) デイケア、デイナイトケア	6) 相談支援事業
2) 訪問看護	7) 就労支援
3) ホームヘルプサービス	8) グループホームなど共同住居
4) 作業所など日中活動の場	9) ショートステイなど短期入所施設
5) 地域活動支援センターなど集う場	10) その他 ()
Ⅳ. 参考情報	
1. 主診断が統合失調症、双極性障害、大うつ病のいずれかである	☐
2. 表面 [問題行動] の A または B にチェックが入っている	☐
3. 過去1年間の精神科サービス利用状況	☐ 2回以上 (今回は含めない) ☐ 90日以上 ☐ 6か月以上
	いずれかに該当 ☐

資料2 当病棟に入院されているみなさんへ

—多職種アウトリーチに関する研究についてのご理解をお願いします—

平成23年11月

私たちは、精神障がいをもつ方が住み慣れた場所で安心して暮らしていけるようになるための、訪問型の支援プログラム（多職種アウトリーチ）の研究を行っています。こうした訪問型の支援プログラムは、入院回数を減らしたり、再発を予防したりする効果が認められていますが、日本では一部の病院を除いて利用することができませんでした。

そこで、今回はこれら訪問型の支援プログラムの効果と、そのサービス費用を調査することを目的とした研究を行います。それに先立ちまして、病棟に入院したみなさんの健康面や心理社会的な状況の評価を診療録等の調査によって収集します。この調査の対象になるのは、平成23年11月～平成24年10月の間に入院された方です。

調査の際には、あなたの個人情報は匿名化して扱われ、個人情報を調査施設から外に持ち出すことはありません。調査結果を公表する場合にも個人情報が特定されないよう配慮し、個人情報は統計的手法を用いて解析・公表されます。

もし、この調査を拒否される場合には、病棟のスタッフまで申し出てください。仮に調査を拒否なさったとしても、あなたの不利益になることは一切ございません。

情報の保管の責任は国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰研究部が負うものとします。わからないことやご質問がありましたら、下記までお問い合わせください。なお、本研究は、伊藤順一郎を主任責任者とし厚生労働省の研究費補助を受けて行われている研究の一環として行われます。



東北福祉大学せんだんホスピタル

西尾 雅明

電話：022-303-0125

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

社会復帰研究部 伊藤 順一郎

電話：042-341-2711（内線 6281）

帝京大学周辺地区における生活障害を持続的に有する初診精神障害者への 多職種アウトリーチチームによる医療・地域生活サポートに関する報告

研究分担者：○池淵恵美¹⁾

研究協力者：初瀬記史¹⁾、江口のぞみ²⁾、稲垣晃子²⁾、久保田佳美¹⁾、大矢カナ子¹⁾、
田谷由貴子¹⁾、細海理子³⁾

1) 帝京大学 医学部 精神科学教室

2) 東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻 精神看護学分野

3) 株式会社 QUICK

要旨

2011年11月より16ヶ月間、帝京大学病院精神科の新規外来患者全員を対象に、生活支援必要度調査を実施した。551名の新規患者で除外基準該当者を除いた365名66.2%のうち、社会生活や日常生活の障害、周囲との軋轢などにより、生活支援必要度得点4点以上は51名14%で、性別・年齢・診断分布との関連はみられなかった。4点以上・キャッチメントエリア内で生活支援サービスに同意した11名では、精神症状と生活の障害とが関連しており、これまで援助を十分受けられていなかった。介入群とコントロール群（4点以上でキャッチメントエリア外に在住）とを比較すると、1年間のケアマネジメント・生活支援サービスにより介入群ではGAF、SBS、QOLで評価される社会機能の改善が有意に認められた。満足度調査なども今後解析予定である。

【I】新規外来患者全数調査による生活支援 ニーズの把握

A. 研究の背景—精神障害を持つ人の地域生活の現状

現在地域で生活している精神障害者であっても、精神症状が残存し、生活の質が低下しているものが多くみられることから、医療と生活支援とを統合したサービスが必要と考えられた。前回報告したように、みんなねっとによる2010年のアンケート調査（1,492名）でも、親から自立できている人は少なく、昼間どこかに活動の場所がある人も多くない。受診後すぐからの人生の再設計のサポートや生活相談などが、医療機関でも受けられるようにすべきと思われる。また医療・保健・福祉をつなぐネットワークがあって、どこかに相談すれば、さまざまな情報が手に入るよう、利用者本位のシステムづくりも課題である。

また現在まだなんらかの症状で困っている人がほとんどであり、医療機関で再発を防ぐための情報を提供し、治療の継続をサポートしていくことが求められる。

そこで伊藤班での介入研究を基盤にして、帝京大学医学部附属病院メンタルヘルス科に地域生活サポートチームを創設し、ニーズに基づきデイケア、アウトリーチを含むケアマネジメントサービス、就労支援を行う体制を作ることを目的とした。本報告においては2012年1月より2013年4月までの16ヶ月間の新規外来患者全員を対象にスクリーニングを行い、生活支援の必要度の高いものに対して、居住地によって介入群とコントロール群に分けて、生活支援の効果について追跡調査を行ったので、報告する。

B. 対象と方法

1. 外来初診患者の生活支援必要度調査

調査実施期間の2012年1月より2013年4月までの16ヶ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査（以下生活支援調査と略す）を実施した（図1）。新患診察の前に、生活の困難度について8項目のチェックリストおよび予診表を患者本人、もしくは付添いの家族に記入いただく。その後の診察において、WHO精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン（ICD10）に基づきF0～F9およびG4などの診断を行う（重複診断は可能とした）。そしてまず、年齢が15歳未満もしくは65歳以上のものと、主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、パーソナリティ障害のみである者を除外した。それはこれらの人たちには、異なる支援ニーズ・サービスシステムが必要と考えられるためである。また健康診断書の交付を希望するなど本来の新規患者といえないものも除外とした。またセカンドオピニオン希望などで継続診療が想定されていない新規外来患者については、対象外とした。その後、調査対象と考えられるものについては、ほぼ1時間以内で公共交通機関を利用して自宅訪問可能と考えられる、調査機関が立地する区および隣接する区の2つの区の居住者を、キャッチメントエリア内群とし、それ以外の居住者をキャッチメントエリア外群とした。これはニーズがあり、同意を得られたものについては、アウトリーチを含めた生活支援・ケアマネジメントサービスを行うことを前提としたためである。

次に両群に対して、研究調査員が外来スクリーニング表（表1）を用いて、初診時の記録、主治医へのインタビューを基に、生活支援調査を行った。外来スクリーニング表は、平成23年度の厚生労働省精神・神経疾患研究開発費報告書に掲載されている入院時スクリーニング評価表をもとに作成した。この評価表は精神障害者が地域生活していくことを可能にすることを目的に、急性期よりケアマネジメ

ントを適用するために、入院した患者を対象として、これまでに頻回に入院している、服薬中断など外来治療の困難性がある、経済的な問題がある、家族や支援者の問題があるなどの理由で、地域生活が困難である人をスクリーニングするためのものである。今回の調査では、新規外来患者への地域生活サポートのための介入を想定しているために、入院や救急外来の必要性を想定している項目などは除外して、独自のスクリーニング表を作成した。このスクリーニング表をもとに、生活支援必要度を判定するが、A項目（社会生活の程度）、B項目（日常生活）、C項目（家族）、D項目（環境のストレス）の合計得点（生活支援必要度得点）が4点以上のものを、「生活支援必要あり」と判定した。なお情報収集の段階で、たとえば「6ヶ月間同居者以外と対人関係がもてていない」が、ありかなしかを迷う場合には1点と判定することとし、生活支援が必要であるにもかかわらず対象から外れてしまう人なるべく減るようにした。4点以上の基準は、調査開始前の試行期間に、外来患者で生活の実際がわかっているもので、生活支援・ケアマネジメントの必要性があると主治医と研究調査員とで判断したもので、スクリーニング表では何点となるかを検討したうえで、決定した。

生活支援必要性ありと判定されたものに関しては、外来主治医の了解を得て、研究調査員が、厚生労働省からの研究費で行われていることなど調査の趣旨や方法などを文書及び口頭で説明し、参加いただける場合には同意文書に署名いただいた。キャッチメントエリア内で同意が得られたもの（介入群）は後述する生活支援・ケアマネジメントサービスを実施した。キャッチメントエリア外で同意が得られたもの（対照群）については、生活状況や精神医療・福祉サービス利用状況などを、定期的に調査することに協力いただいた。

2. 生活支援・ケアマネジメントサービス実施体制

キャッチメントエリア内で同意が得られたものについては、地域生活サポートチームにより、個別の実施計画を立てて生活支援・ケアマネジメントを実施した。サポートチームは、精神科医1名、精神保健福祉士1名、看護師1名、作業療法士1名からなり、外来での面談に基づきチームミーティング（医師、保健師、作業療法士、研究調査員など合計11名が参加）を行って、介入方針を検討した。本人の希望を尊重し、生活の質の回復や不安・苦痛の軽減などを目標に、アウトリーチを含む生活支援を行った。介入は1年間行い、前後での精神症状、生活機能、社会生活状況などの変化や、行われたサービスとそれに伴うコストを調査した。対照群についても1年間の調査期間中に同様の調査を行った。

C. 結果

1. 外来初診患者の生活支援必要度実態調査

1) 初診患者スクリーニング結果（図1）

i. 概要（図1）

調査期間中の新規外来患者は551名であった。そのうち除外基準に当てはまるもの178名32.3%（年齢で除外されたもの76.4%、主診断が認知症であるなど診断により除外されたもの15.2%など）、セカンドオピニオン希望など対象外と判断されたものが8名1.5%であり、今回の調査の広義の候補者は365名66.2%であった。

ii. 性別・年齢

365名をキャッチメントエリア内群（エリア内群）177名と、エリア外群188名に分け、除外群、対象外群と年齢や性別で比較した（表2）。エリア内群は女性59.3%、平均年齢41.3歳であり、エリア外群は女性58.5%、平均年齢39.2歳であり、いずれの群も平均年齢に有意差はなく（ t -test、 $p>0.05$ ）、エリア内群とエリア外群では女性が有意に多かった（ χ^2 乗検定、 $p>0.05$ ）。

iii. 生活支援必要度得点

調査の広義の候補者365名の得点分布を図2に示す。1～3点の範囲のものが多くことがわかる。得点の平均は、エリア内群2.0点、エリア外群2.1点と、両群に有意差はなく、男女による有意差もなかった（表2、 t -test、 $p>0.05$ ）。

iv. 生活支援必要度得点4点以上の人の性別・年齢（表2）

図1の広義の候補者のうち、4点以上の人はエリア内群で21人、エリア外群で30人の合計51人（14.0%）であり、エリア内群とエリア外群との間で、4点以上の人の人数には有意差を認めなかった（ χ^2 乗検定、 $p>0.05$ ）。4点以上の人は男性19人・女性32人、平均年齢38.6歳で、4点未満の人の平均年齢40.5歳と有意差を認めなかった（ t -test、 $p>0.05$ ）。

v. ICD10に基づく診断分類と生活支援必要度得点（表3）

エリア内群とエリア外群の合計で、診断を調査した。重複診断が含まれるために、実人数よりも合計人数が多くなっている。F4（神経症性障害など）135名、ついでF3（気分障害）123名、F2（統合失調症など）75名などの順で人数が多いことがわかる。これらの診断頻度は、エリア内群とエリア外群では有意差がなかった（Pearsonの χ^2 乗、 $p>0.05$ ）。次に生活支援必要度得点を見ると、F7（知的障害）およびF8（発達の障害）は人数がそれぞれ9名および6名と少なく重複診断されることが多いために例外的であるが、4点以上の人の割合および平均得点が高かった。診断される人の数の多い障害を見ると、F2統合失調症関連の障害が、4点以上25.3%、平均得点2.49と最も高く、F3がそれに次いでいた。4点以上の人51人を、4点未満の人314人と比べると、4点以上の人ではF2が多く、F4が少なかったが、診断ごとの4点以上の人の割合に有意差はなかった（Pearsonの χ^2 乗、 $p>0.05$ ）。重複診断がない人とある人とを比較したが、4点以上の人の割合に有意差はなかった（Pearsonの χ^2 乗、 $p>0.05$ ）。

vi. 4点以上の人たちのうちで、同意が得られたものと得られなかったものとの比較

図1に示したように、生活必要度得点4点以上は全部で51人であったが、介入研究への同意が得られたものの割合は、介入群ではアウトリーチやケアマネジメントが受けられるために62%、対照群では調査への協力を求めるのみであるので40%と低かった。介入群でも必ずしも高くないのは、研究についての説明や同意手続きが煩雑であることや、初診間もない時期に診察以外の時間をとられることがむしろ負担になったためではないかと考えられた。介入群候補者と介入群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点に有意差はなかった（t-test、および χ^2 乗検定、 $p>0.05$ ）。対照群候補者と対照群の間で、性別・年齢・診断頻度・生活支援必要度得点に有意差はなかった（t-test、および χ^2 乗検定、 $p>0.05$ ）。介入群と対照群との間で、男女の割合・年齢・診断頻度には有意差がなかったが、生活支援必要度得点は介入群のほうが有意に高かった（介入群5.31、対照群4.67、 $t(23)=2.095$, $p=0.047$ ）。

2) 生活支援必要度得点の高い（4点以上）人の特徴

11例の介入群を通していくつかの特徴が指摘できる。

- ・発症前から適応や環境に問題があったケースが多い。
- ・発症してから数年以上経過した慢性例が多い。
- ・これまで複数の医療機関に受診している例が多く、全くの初診は1例のみ。これは調査機関が周辺の医療機関から紹介受診してくるものが多いことを反映している可能性がある。
- ・これまで通院中断していたり、治療にもかかわらず症状が持続している症例がほとんどである。
- ・身体疾患を併存している例がみられる。
- ・生活の面では、全例社会生活が不十分にし

かできておらず、日常生活にも課題があるケースがみられるが、症状が先行して徐々に生活の困難が悪化した場合、生活の困難とともに症状が悪化した場合とあるものの、いずれにしても精神症状と生活の困難とは密接に関連している。

- ・援助すべき家族に様々な困難を抱えているケースがある。また本来の適応の悪さや症状と、環境との軋轢に関連している場合が多い。
- ・社会から孤立し、専門家も含めて、援助が受けられていない場合が多く、本人に病識が乏しい、援助を適切に求められない、そもそも援助そのものを希望しない、援助者と適切な関係性を持つことに困難がある、などがみられた。

以上の特徴から、精神障害では精神症状と生活の障害とが関連していることが特徴であるが、まさにそうした困難が強く、また援助がうまく受けられていないことが指摘できる。まずはこうした困難を総体として受け止め、援助者との関係性を紡ぎながら、どのような支援が必要か、そして何を本人が希望するかを丁寧に検討しつつ、支援計画を立てていくことが求められていると考えられる。当初は、そもそもどのような援助が適切か見極めねばならず、医療と福祉とで分担して支援するとはいかず、またうまくいかないように思われる。

D. 考察

生活支援サポートチームを創設して、帝京大学医学部附属病院メンタルヘルス科に初診したもののうち、生活支援のニーズの高いものに対して、デイケア、アウトリーチ、就労支援を含む多面的な支援を行っていくことで、地域で生活する持続的で重い精神障害をもつひとの生活の質を改善し、社会的予後を改善し、満足感を高めることが本研究の目標である。しかしこれらの支援に対して、少なくともケアマネジメントサービスや就労支援については十分な診療報酬の裏付けがなく、担当

するスタッフを十分確保できない現実がある。またアウトリーチについても、現在の往診や訪問看護では回数などの制限があり、限界がある。今回の研究で、生活支援サポートチームの効果とコストを検証し、国の制度としてこうした支援が可能になるように提言していくことが本研究の最終的な目標となる。

1. 生活支援必要度の概略

新規外来患者の全数調査により、15歳以上65歳未満で、特別な支援が必要な診断を持つ人を除外した365名のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人（生活支援必要度得点4点以上）は14%であった。外来の1割以上の人が、投薬や精神療法などの狭義の医療にとどまらず、ケアマネジメントなど地域生活を支援することが必要であることがわかる。また4点以上の人の割合と、性別・年齢・ICD10による診断分布には関連がみられなかった。また重複診断との関連も見られなかった。ただし診断別でみると、統合失調症では生活支援必要度得点が高い傾向にあった。これまでは地域生活の困難性については、主に統合失調症との関係で論じられることが多かったが、慢性の気分障害などでも生活支援の必要性が高い人が存在することが明らかとなった。今回は除外したが、65歳以上であるために除外された人が24.7%あり、介護などの福祉制度とのほざまで、やはり生活支援のニーズが高い人が多い可能性が推測される。

2. どのような地域生活支援体制が望まれるか

現実の困難と精神症状はどちらが原因であるとは言い難く絡み合っているので、外来での見立てと適切な医学的治療が基盤にあることが必須である。精神障害であるからには、無論生活支援だけでは生活の上での困難は解消しないと思われる。言いたいことは、単純に福祉サービスを充実させることで解決できるわけではなく、外来機能の中に「ワンストップ・ショッピング」といえる支援機能があ

り、複合的な困難のある人をしばらくはかかえることができること、そしてある程度改善してきて、もしくは問題が整理されてきて初めて、通常の外来治療と福祉サービスへと切り離していくことが可能になるだろうということである。

相談支援事業を始めとするケアマネジメント機能を厚生労働省は充実させようとしているし、以前に比べれば就労支援にしても生活支援にしても、地域の社会資源がはるかに増えていることは事実である。しかし余力のない人たちは違う場所に行っているいろいろな支援を使っていくような力を持たない。そもそものような支援が必要か、全く見えていないことも多い。

しかしそうした支援システムを外来機能の中に組み込むことは、今の医療経済の中では容易ではない。精神科のしっかりした経験を有し、かつ生活支援の力を持った専門家をどうしたら外来の中で抱えていくことができるだろうか。こうした機能を考えるとすぐに職種としてはソーシャルワーカーを思いうかべることが多いと思うが、複雑な心的問題があったり、自立生活技能の課題を抱えていたり、慢性疾患の合併があったりするので、多職種チームが構成できるとよい。何よりも複合的な困難を持つ人を支えていくときに、一人の専門家の力ではすぐに壁にぶつかるので、チームの力が必要になってくる。そして精神科医はそのチームをバックアップする役割が望まれる。

本研究は都会にある一大学病院における調査であるので、どこまで一般化できるかについては検討を要する。特に新規外来患者についてはかなり医療機関の設置状況によって差異があると思われるため、生活支援が必要な人の割合については、さらなる調査が必要であろう。一方では外来患者の中に、診断分類を超えて、生活支援・ケアマネジメントが必要な人が一定程度存在することは事実であろう。こうした人を支援する体制を作るためには、それを可能にする医療経済体制だけでは

なく、生活支援と治療とを同時に行える多職種チームについての教育や研修を、医学教育の中に含めていく必要がある。

リカバリーを推進する精神保健システムの要件として、精神障害によって生じる特異的な問題への治療ではなく、むしろ日常生活の中で起こる日常的な支援が大切であるとの主張がある。生活障害を持つ人が回復していくうえで、改めて生活支援の必要性を強調したものであるが、一方では疾病による脳機能をはじめとする様々な障害と環境との複合的な連関を解き明かして、医療の役割を明確にしていく作業が伴わないと、なぜ地域での生活支援に医療機関が携わる必要があるかという根拠が見いだされないとはいえるだろう。生活における脳機能の役割や疾病の影響についての研究が求められていると考える。

さらに、より良い精神保健福祉サービスにおいては、これまで縦割りであった医療と福祉とを統合していくことがより望ましいといえるだろう。そうしたことはどのようにして可能となるだろうか。

E. 結論

都市部の大学病院で16ヶ月間の新規外来患者全員を対象に、生活支援・ケアマネジメント必要度調査を実施した。551名の新規患者で除外基準該当者を除いた365名66.2%のうち、社会生活や日常生活の障害、家族や環境との軋轢などにより、生活支援やケアマネジメントのニーズのある人（生活支援必要度得点4点以上）は51名14%であった。4点以上の人の割合と、性別・年齢・ICD10による診断分布には関連がみられず、気分障害でも高得点のものがいた。4点以上で介入に同意した11名では、精神症状と生活の障害とが関連し、これまで周囲や専門家の援助を十分受けられていなかった。外来で援助者との関係性を紡ぎながら、どのような支援が必要かそして何を本人が希望するかを検討し、支援計画を立てていくことが必要であろう。医療と福祉の統合的な実施体制や、生活支援を医療で行う根拠

（精神疾患すなわち脳機能の異常と、生活や環境との関連性の明確化）が求められている。

{II} 介入群と対照群との比較による生活支援・ケアマネジメントの有効性についての検討

A. 研究の背景

前項で調査した生活支援・ケアマネジメントのニーズのある人たちを、キャッチメントエリア内群とエリア外群に分け、前者にはアウトリーチを含むケアマネジメントサービスを行うことで、通常の外来治療と症状や生活の質、満足度などの違いを検討することが目的であった。

B. 対象と方法

前項で述べたように、スクリーニング表により4点以上のものでキャッチメントエリア内に在住し、研究参加への同意が得られた者13名を介入群とし、地域生活支援チーム（医師1名、ソーシャルワーカー1名、看護師1名、作業療法士1名）による支援を1年間継続した。キャッチメントエリア外で同意の得られたものの12名を対照群とした。

調査に使用した評価尺度は厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業（精神疾患関係研究分野）「「地域生活中心」を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究」で使用した評価方法と同一であるため、詳しくは本報告書の総括報告を参照いただきたい。

C. 結果

1. 追跡結果

1年間の追跡期間中、介入群では3名（研究継続が得られず2名、転院1名）、対照群では3名（研究継続が得られず2名、転院1名）が途中から追跡ができなかった。これらの6名については、欠損したデータについては1時点前の最終評価得点を得点とするITT解析を行った。また対照群では4名が本報告書作成の時点で1年後調査が終了しておらず、1年後の調査には

含まれていない。

2. ベースライン時の両群の属性

介入群と対照群で、ベースラインの時点で年齢、性比、診断、そのほかの基本的属性について群間の有意差はみられなかった(表4)。またPANSS、GAF、SBS、QOLについても、群間の有意差は認められなかった(表4)。

3. 群内の経時的変化

反復測定による一元配置分散分析を実施した。

i. 介入群(表5)

GAF、SBS社会的引きこもり、SBS気分と行動の不安定さ、SBS合計得点、QOL社会的領域について、6ヶ月後または1年後に経時的に有意な改善を認めた。

ii. 対照群(表6)

SBS迷惑および反社会的な行動の経時的変化のみが有意な改善を示した。

iii. 両群の比較(表7)

二元配置分散分析を実施した結果、SBS社会的引きこもり、およびSBS合計得点が1年後に有意に介入群で改善していた。

D. 考察

介入群と対照群との比較において、GAF、SBS、QOLで評価される全般的な社会的行動について有意な改善が示された。気分の不安定さなども介入群で有意に改善していた。これは介入群に解いて、地域生活支援チームによるケアマネジメントや、アウトリーチや面談による生活支援による成果と考えられる。

介入を受けた当事者にどのような主観的変化が起こっているか、また介入をどう受け止めているかについては、CSQ、セルフスティグマ尺度による評価を行ったが、今回は解析が終了しておらず結果に含めることができなかった。この領域についても大事な支援目標であるため、本報告書と合わせて論文の形で発表していきたいと考えている。

介入の実際については、次項 {III} 介入経過の概要を参照されたい。ケアマネジャーを中心とするチームで、当事者や家族のニーズ

を踏まえて、丹念なサポートを行っており、個別性の高い支援となっている。実際に支援にかかわったものの感触でも、好意的に受け入れられたケースが多かった。

一方では、なかなか本人のニーズが明確でなく、どういう支援を求めているのか、そもそも支援のニーズを感じていないのではないかという戸惑いのあるケースもあり、精神科初診時の評価で生活困難度が高くても、必ずしも生活支援が必要ではない(当事者が望まない)と感じられるケースもあった。これについては、精神症状の改善や診察による中で問題解決に至るケースも含まれると思うが、診察室の外での生活支援がまだ普及しておらず、どのような支援が受けられるのかそもそも利用者が戸惑いを感じていることも背景として考えられた。また当事者の苦痛や悩みが複雑な生活歴や環境とからみあっているために、簡単に精神医療や生活支援サービスでは対応できないケースも見られた。こうしたケースは時間をかけて面談を繰り返しながら、徐々に関係づくりをし、一緒に困難への対応の糸口を探っていくことが必要と考えられ、短期間の介入では実を結ばないことが多かった。こうした困難なケースについては、今後外来でどのような支援が可能であるか、課題として残された。

{III} 介入経過の概要

【介入群】

1) A-に-I01: 男性、30代、強迫性障害、発病後7年、入院0回

独居で生活保護受給。2週間に1回のペースで面接を開始。「生活保護を脱したい、働きたい」と希望し、生活リズムを整えることを目的にデイケアを導入する。慢性的な自殺念慮と調子の波から、デイケア利用、診察、面接のキャンセルが目立ち、電話でのフォローを継続。本人が希望するオープンでの就労を目指しつつ、必要に応じてデイケアを再開することとなる。研究期間終了後も担当者との診察日の面接を継続。

2) A-に-I02：女性、30代、気分障害／身体表現性障害、発症後5年、入院0回

夫と子ども3人と同居し、生活保護受給。昼夜逆転し、家事や育児が十分にできず、対人関係上のトラブルから身体症状が出現。育児はネグレクト傾向にあるものの、社会資源をうまく活用できないでいる。月1回の診察日に面接を開始。担当者が本人の話を傾聴し、できているところを肯定的に評価することで態度が軟化。面接を継続する過程で、夫との話し合いや子ども家庭支援センターへの相談など対処行動がとれるようになる。必要に応じて相談にのる旨を伝えて、研究期間終了。

3) A-に-I03：女性、20代、統合失調症、発病後5年、入院0回

母、祖母と同居。生活保護受給。本人、家族ともに重篤感なく、ほぼ未治療の状態で初診に至る。自宅では日中臥床傾向。医師と担当者が自宅を訪問し、作業療法や心理教育を実施する。本人と祖母の体調不良のため訪問を中断していたが、母の仕事が一段落した時期に、自閉的な生活を心配していた母と担当者、本人で相談し、ショートケアを開始。母やスタッフの送迎付きで週に1回の通所を継続し、作業を通じて徐々に対人スキルが高まり、担当者に自分の状態について語るようになる。研究期間終了後もデイケア通所と面接を継続。

4) A-に-I04：男性、50代、躁うつ病、発病後18年、入院5回

妻と子ども2人と同居し、休職中。復職希望で当院に転院し、診察日の面接と診察日以外に担当者と設定した面接を開始。主治医から提案された日課表を用いてセルフモニタリングを行いつつ、担当者としワーク先を検討する。また、担当者が生活状況を把握するため自宅を訪問。リワーク終了後、通勤トレーニングを行うが、再び職場で問題行動が出現し、会社から「復職不可」の通知が届く。本人は否認が強いものの、自宅では穏やかにマイペ

ースで過ごしている。研究期間終了後も診察日の面接を継続。

5) A-に-I05：女性、20代、躁うつ病、発病後6年、入院2回

婚約者と同居。1人で外出できず、家事が十分にできないため、相談に乗ってほしいと希望し、面接を開始。薬物調整後、気分の高揚、誇大妄想等出現し、実家に戻って他院に入院。その後、当院への通院は中断し、ドロップアウトとなる。

6) A-に-I06：男性、40代、抑うつ状態／脳性麻痺

独居。障害者雇用で就労していたが、休職。診察日の面接を開始。「これまで1人でやってきた」という自負から支援を受けることに抵抗がある。担当者が自宅を訪問したところ、飲酒問題が顕在化。否認が強く、精神科受診のキャンセルが続く。本人は復職を希望し、話し合いのため担当者が会社訪問に同行する。リハビリ出勤を開始するが、天候不良や不調を理由に休みがちとなる。その後、時短勤務が決まるが、ほとんど出社できず、受診も途切れがちとなる。研究期間終了後も面接や電話でのフォロー、上司との連絡調整等支援を継続。

7) A-に-I07：男性、30代、うつ病

独居で、生活保護受給。父の縊首を発見した経緯があり、自らグリーフケアについてインターネットで調べるなどしている。2週間に1回の面接を開始。痛風の治療中だが、薬を自己調整し、飲酒を継続している。体調不良を訴えつつも、「命は惜しくない」と言い、問題を直面化できない。障害者就労を希望するものの、生活保護を打ち切られてしまうことへの不安や失敗の恐れから、現状維持の気持ちが強い。面接で担当者と話すことが支援となっていることから、研究期間終了後も月1回の面接を継続。

8) A-に-I08：女性、40代、気分変調症、発病後24年、入院0回

再婚した夫と同居。生活保護受給。初診時には、長男や次男夫婦との関係が症状悪化の誘因となり、夫が仕事で不在の間は押し入れにこもり、神経性失禁もあって外出できない状態。2週間に1回の面接開始。面接では生育歴や、未治療のまま経過した摂食障害の既往歴、家族との関係、現在の症状などを担当者に語る。以前と比べて散歩や旅行など活動できるようになり、不安で押し入れにこもる等の症状は消失。研究終了後も本人希望で月1回の面接を継続。

9) A-に-I09：女性、30代、気分変調症／摂食障害、発病後10年、入院2回

4年前より父と同居。毎日父の食事の準備をしている。兄の勧めもあり、障害者雇用での就労を希望。気分の波があり、バイトに突然行けなくなることを何度も繰り返し、自信をなくしている。担当者が月1回の診察日に面接し、主治医と経過を共有することとなる。症状悪化に伴い、外出できなくなり、受診中断。担当者が電話フォローを継続するが、全く連絡がとれなくなり、ドロップアウトとなる。

10) A-に-I10：女性、50代、抑うつ状態、発病後2年、入院0回

高校生の子も2人と同居（研究期間中、1人は留学）。夫と別居中だが、経済的援助は受けている。夫の女性関係、パート先での人間関係などストレスが重なり、精神科通院開始。転居に伴い、当院に転院。月1回の診察日の面接を開始。次女の精神的不調など家族の問題はあるものの、家事はこなせていること、安定してきたという自覚から、就労と服薬の中止を希望するが、主治医に維持療法を勧められる。納得できないまでも、ボランティア活動の参加や認知行動療法に関心を示している。研究期間終了後も診察日の事前面接を継続する。

11) A-に-I11：男性、40代、統合失調症、発病後13年、入院2回

独居で障害年金。研究期間中、生活保護受給開始。障害者雇用で清掃等の仕事を続けていたが、職場不適応から被害妄想的となり、休職、復職、本人希望で退職した経緯がある。当院への転院に伴い、月2回程度の面接を開始。担当者が自宅を訪問し、自立して生活できている様子を確認する。金銭管理は別居する両親がシビアに行っている。対人関係能力を高めたいとデイケア通所を希望し、週4日のフル参加となる。他メンバーとの交流を楽しみながらマイペースに過ごしている。就労についてはB型導入を検討中で、研究期間終了後もデイケアと適宜の面接を継続。

12) A-に-I12：女性、20代、統合失調症／てんかん疑い、発病後7年、入院0回

交際相手と同居。線維筋痛症（後に診断取り下げ）で通院中の内科からうつ状態疑いで紹介。短大卒業後の就職問題や父・兄との死別（詳細不明）が心理的ストレスとなり、妄想等陽性症状と疼痛が出現。交際相手からの要望があり、就労を希望。月2回の面接を開始する。主治医からデイケア通所を勧められるが乗り気でなく、アルバイト就労支援に切り替える。アルバイト開始後、診察と面接が途切れがちとなり、連絡の取れない状態が続いている。

13) A-に-I13：女性、30代、統合失調症、発病後6年、入院2回

夫、乳児1人と同居。夫の都内転勤のため転院。環境の変化と認知機能低下による日常生活の困難、意欲低下、倦怠感、平日に1人で子育てをすることへの不安がある。ママ友付き合いも適度にできているが、被害的になりやすい。研究参加に同意し、面接、自宅訪問を行うが、「話した後のしんどさ」を理由に研究参加中止を希望。ドロップアウトとなる。

【対照群】

1) A-に-C01：女性、30代、うつ病、発病後1年、入院0回

母親、母親の彼氏、子ども2人と同居。職場の健診で採血時に左手の神経損傷を負い、痛みと痺れで運動不可となる。複数回の自殺企図歴あり、ペインクリニック科の紹介で精神科受診。症状等大きな変化なく、研究期間終了。

2) A-に-C02：男性、30代、統合失調症、発病後26年、入院0回

両親と同居。12歳頃に発症。浪人と留年をしながら大学を卒業、就労にいたる。転職を繰り返し、職業訓練校に入校するが、症状悪化し閉居。就労希望が強く、外来での疾病教育と併行して、障害者就労の紹介など支援を行う。精神症状は軽減し、本人のペースで就労に向けた活動を継続しているところで、研究期間終了。

3) A-に-C03：男性、20代、統合失調症疑い、発病後15年、入院1回

両親と同居。小学校、中学校と不登校、高校1年時に幻覚妄想出現し、退学。それ以降閉居し、昼夜逆転の生活をしている。障害年金受給を目的に受診。主治医から社会復帰を促され、障害年金の診断書が作成されないことで、研究開始3ヶ月後に通院中断。ドロップアウトとなる。

4) A-に-C04：女性、50代、統合失調症、発病後7年、入院0回

夫と同居。高校卒業後から複数回の転職。結婚後に仕事復帰したところ、被注察感、思考伝播等出現。精神科で抑うつ状態の処方を受けるが改善せず、当院に転院となる。途中、父の突然死や母の世話など家族の問題が浮上する。就労支援センターに一度だけ相談に行くも継続できず、自宅に閉居しがちになっているところで、研究期間終了。主治医から認知機能リハビリテーションを勧められている。

5) A-に-C05：男性、40代、統合失調症／てんかん、発病後13年、入院3回

母と同居。通信会社での勤務が多忙となり、不眠、食欲不振、幻聴が出現。退職となる。精神科通院するも症状改善せず、2年間入院。その後、悪性症候群による入院を経て、当院に転院。母の入院に伴い単身となるが、大きな情動の変化なく経過。薬物調整により状態が落ち着いてきているところで、研究期間終了。

6) A-に-C06：女性、20代、適応障害／発達障害疑い、発病後3年、入院0回

両親と姉と同居。専門学校中退後アルバイトを始めるが、仕事ができないことから不適應を起こし、職場を転々とする。精神科を受診し、小康状態となっていたが、薬の副作用が気になることから当院に転院。薬物調整を行っていたが、テグレトール中毒となり、そのまま他院に転院。ドロップアウトとなる。

7) A-に-C07：女性、20代、気分循環症、発病後6年、入院0回

独居。音楽大学の大学院生。母との葛藤を契機とした大量服薬を繰り返す。大量服薬の翌朝に自ら救急要請し、当院に搬送された際に、精神科受診を勧められる。気分の波、自傷行為、食べ吐き、睡眠障害、食欲低下が出現。ストレスに対する脆弱性は変わらず、薬物調整を継続している。

8) A-に-C08：男性、20代、統合失調症、発病後1年、入院0回

両親と同居。就職1年目、出向先の仕事が多忙となり、対話形式の幻聴、監視妄想が出現。休職後そのまま退職となる。精神科で薬物療法を行っていたが、当院のセカンドオピニオンを希望し、その後転院となる。幻聴は残存しながらも、状態は落ち着いている。専門学校やアルバイトを検討しているが、なかなか進まない。

9) A-に-C09：男性、30代、適応障害／公汎性発達障害、発病後4年、入院1回

独居。勤務する証券会社の内部通報制度を利用して告発を行ったところ、本人の東京異動など予想を超えた展開となり、不眠、情動不安定、希死念慮が増悪。内部告発とうつ状態との因果関係を証明するために、通院を継続していたが、治療契約の一致点が見出されず、本人の意思で治療を終結。研究継続か否かは保留中。

10) A-に-C10：男性、40代、うつ病／境界例／身体表現性障害、発病後30年、入院6回

両親と同居。小学低学年から母への暴力、中学3年時から不登校、身体症状が出現。通信制の高校を卒業後、通信制の短大や大学、様々な講習やセミナーに参加している。発汗過多、倦怠感、下痢、易怒性など様々な身体症状を訴え、薬物調整を行っている。家庭では傍若無人にふるまっている。

11) A-に-C11：女性、40代、躁うつ病、発病後30年、入院10回

両親、兄と同居。肺塞栓症のため在宅酸素療法を行っている（呼吸状態は安定）。高校3年時より精神科通院、入退院を繰り返す。軽い躁とうつの波を繰り返しながら自宅に閉居している。自責的、被害的になりやすく、母の認知症による家族関係の悪化を契機に症状増悪。主治医の傾聴と薬物調整で状態は落ち着きつつある。

12) A-に-C12：男性、40代、統合失調症、発病後21年、入院2回

両親と同居。専門学校中退後、就職するが2週間で退職。その後、アルバイトを転々としていたが、体感幻覚、被注察感、家族への暴力、強迫症状が出現し、他院に入院する。退院後は自宅に引きこもりがちな生活。時々外出しているが、他人の咳に対する被害妄想は継続している。

{IV} その他の情報

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

・池淵恵美，初瀬記史，江口のぞみ，稲垣晃子，久保田佳美，大矢かな子，田谷由貴子，納戸昌子，吉田久恵，條川佐和，細海理子：外来患者に生活支援・ケアマネジメントサービスはどの程度必要かー精神科初診患者の全数調査。臨床精神医学（印刷中）

2. 学会発表

・池淵恵美：外来でのアウトリーチサービス。PPST研究会，東京，2012.9.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

図1 スクリーニングの手順と概要

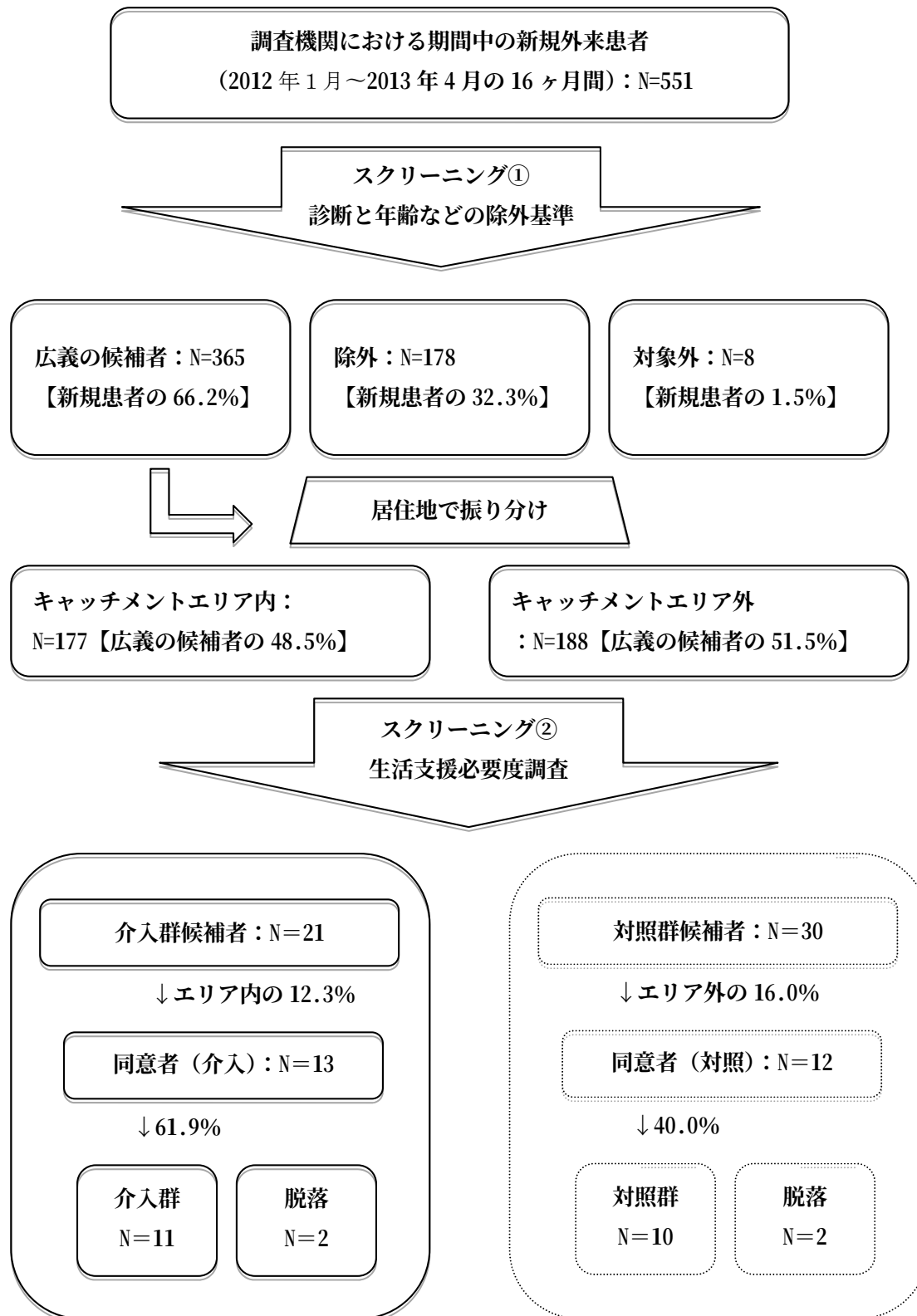


図 2: 生活支援必要度調査対象者 365 人の得点分布

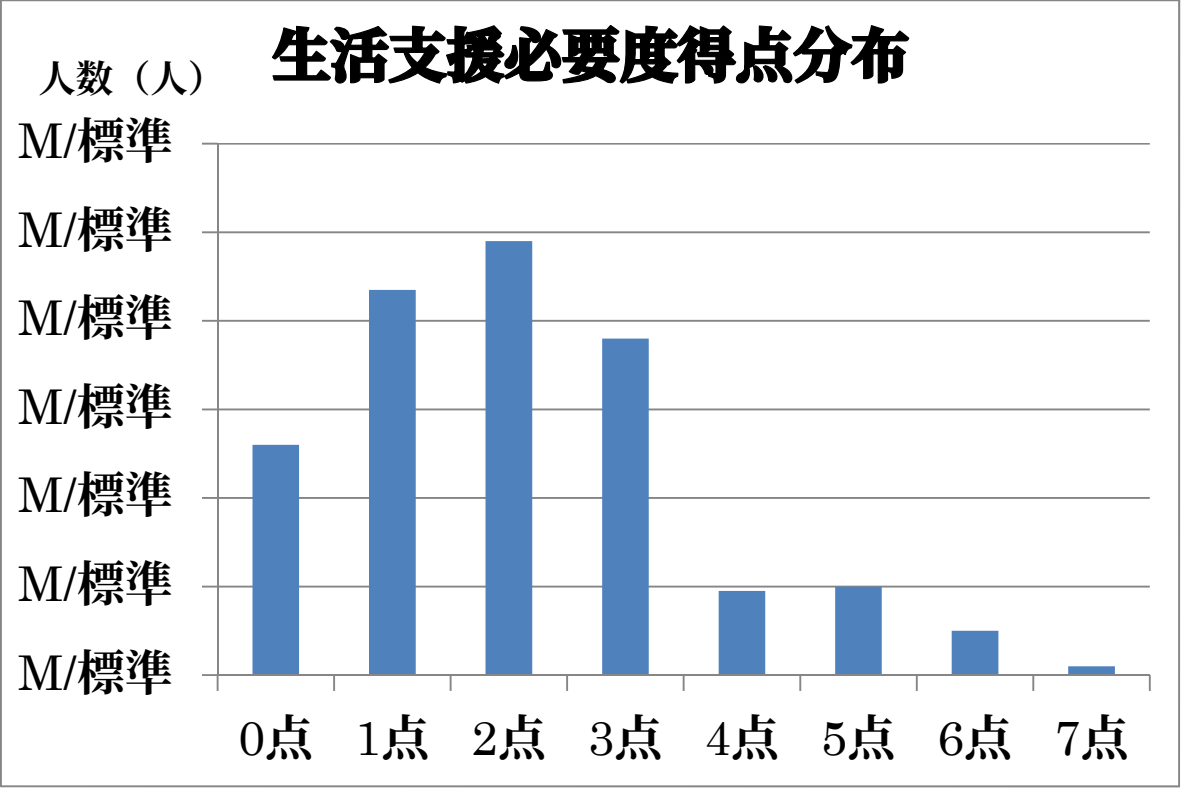


表 1. 外来スクリーニング票

						記入日:	年	月	日		記入者						
[1] 対象者の基本属性																	
ID:						性別 (男・女)											
1.住所:	1) *区									3) キャッチメントエリア外							
	2) **区																
2.生年月日	西暦			年		月		生 (		歳)							
3.診断名(ICD-10):																	
4.同居家族の有無	1) 有	2) 無	→有りの場合:1) 父 2) 母 3) 配偶者 4) きょうだい (人) 5) 祖父 6) 祖母 7) 子 (人) 8) その他														
5.結婚歴	1) 未婚	2) 配偶者有	3) 離婚	4) 死別						6.過去1年間の入院回数	回						
7.障害年金	1) 有:障害 (		年金	級	2) 無					8.生保受給	1) 有	2) 無					
9.就業有無	1) 有	2) 無								10.身体合併症:							
11.地域の主たる支援者	1) 無	2) 有	→有りの場合 所属:										支援者名:				
12.過去3ヵ月間の社会資源利用状況(1ヵ月に1回以上利用のあるもの、複数回答)																	

1) デイケア、デイナイトケア																	
6) 相談支援事業																	
2) 訪問看護																	
7) 就労支援																	
3) ホームヘルプサービス																	
8) グループホームなど共同住居																	
4) 作業所など日中活動の場																	
9) ショートステイなど短期入所施設																	
5) 地域活動支援センターなど集う場																	
10) その他 ()																	
[2] アウトリーチケアマネスクリーニング																	
															あてはまる場合		
除外基準	年齢が15歳未満もしくは65歳以上である															☐	
	主診断がてんかん、薬物・アルコール依存、認知症、人格障害のみである															☐	
	初診患者ではない															☐	
[3] ケアマネジメント導入基準:特にことわりのない場合、過去1年の状況でお答え下さい																	
															はい	いいえ	
A	6ヶ月間継続して社会的役割 (就労・就学・通所、家事労働を中心に担う) を遂行できていない															1	0
	6ヶ月間同居者以外と対人関係が持てていない															1	0
B	食事、洗濯など生活を維持するうえでの課題を6ヵ月以上一貫して遂行できない															1	0
	生活に必要な外出が6ヵ月以上一貫してできない															1	0
	金銭管理、諸手続きなど複雑な地域生活の課題がサポートなしではできない															1	0
C	支援をする家族がいない (拒否的、非協力的、天涯孤独)															1	0
	家族との間に軋轢や葛藤があり、ストレスになっている															1	0
D	職場、隣人などの環境に大きなストレスがあり、専門家の支援が必要な状況にある															2	0
合計得点																点	

表 2. 各群対象者基本属性：性別、年齢、生活支援必要度得点（除外群、対象外群は得点なし）

		合計	男性	女性	T 検定/ χ^2 二乗検定
【エリア内群】					
人数	人 (%)	177(100)	72(40.7)	105(59.3)	p=0.001*
年齢	Mean±SD	41.3±13.2	41.5±12.2	41.1±13.9	n.s.
生活支援必要度得点	Mean±SD	2.0±1.5	2.0±1.5	2.0±1.4	n.s.
【エリア外群】					
人数	人 (%)	188(100)	78(41.5)	110(58.5)	p=0.02*
年齢	Mean±SD	39.2±12.2	40.9±11.8	38.1±12.3	n.s.
生活支援必要度得点	Mean±SD	2.1±1.5	2.1±1.3	2.1±1.5	n.s.
【除外群】					
人数	人 (%)	178(100)	86(48.3)	92(51.7)	n.s.
年齢	Mean±SD	65.8±19.1	63.8±19.4	67.6±18.7	n.s.
【対象外群】					
人数	人 (%)	8(100)	2(25.0)	6(75.0)	n.s.
年齢	Mean±SD	36.1±13.4	29.0±1.4	38.5±15.0	n.s.
【エリア内群+外群】					
生活支援必要度得点≥4 点					
人数	人 (%)	51(100)	19(37.3)	32(62.7)	n.s.
年齢	Mean±SD	38.6±11.9	38.7±10.0	38.5±13.1	n.s.
生活支援必要度得点<4 点					
人数	人 (%)	313(100)	130(41.5)	183(58.5)	p=0.003*
年齢	Mean±SD	40.5±12.8	41.7±12.2	39.7±13.2	n.s.

*: p<0.05, n.s.: not significant

表 3：ICD-10 に基づく診断分類と生活支援必要度得点（重複診断あり）

診断		合計	エリア 内群	エリア 外群	生活支援 必要度得点 ≥4 点
症状性を含む器質性精神障害 (F00-F09)	人数 (%)	12(100)	8(66.7)	4(33.3)	0(0.0)
	平均得点	1.67	2.13	0.75	-
精神作用物質による精神および 行動の障害 (F11-19)	人数 (%)	7(100)	2(28.6)	5(71.4)	0(0.0)
	平均得点	2.14	1.50	2.40	-
統合失調症, 統合失調症型障害及び 妄想性障害 (F20-F29)	人数 (%)	75(100)	35(46.7)	40(53.3)	19(25.3)
	平均得点	2.49	2.31	2.65	4.79
気分障害 (F30-39)	人数 (%)	123(100)	62(50.4)	61(49.6)	20(16.3)
	平均得点	2.22	2.40	2.03	5.05
神経症性障害, ストレス関連障害 及び身体表現性障害 (F40-F49)	人数 (%)	135(100)	70(51.9)	65(48.1)	11(8.1)
	平均得点	1.80	1.71	1.89	
生理的障害及び身体的要因に関連 した行動症候群 (F51-F59)	人数 (%)	3(100)	1(33.3)	2(66.7)	0(0.0)
	平均得点	1.33	0.00	2.00	-
成人の人格及び行動の障害 (F60-F69)	人数 (%)	1(100)	1(100)	0(0.0)	0(0.0)
	平均得点	1.00	1.00	-	-
知的障害 (F70-F79)	人数 (%)	9(100)	5(55.6)	4(44.4)	2(22.2)
	平均得点	2.67	2.00	3.50	4.50
心理的発達の障害 (F80-F89)	人数 (%)	6(100)	0(0.0)	6(100)	2(33.3)
	平均得点	3.17	-	3.17	4.50
小児期及び青年期に通常発症する 行動及び情緒の障害 (F90-F98)	人数 (%)	8(100)	5(62.5)	3(37.5)	0(0.0)
	平均得点	1.75	1.60	2.00	-
中枢神経系の炎症性疾患 (G00-G04)	人数 (%)	17(100)	11(64.7)	6(35.3)	2(11.8)
	平均得点	2.12	2.18	2.00	5.00
その他	人数 (%)	6(100)	4(66.7)	2(33.3)	0(0.0)
	平均得点	-	-	-	-

χ²乗検定：n.s

表4.【A 班】対象者の特徴（ベースライン時点）

		全体（n=25）	介入群（n=13）	対照群（n=12）	χ^2 , t 値	P 値
性別（男性）	人数	12	5	7	0.99	0.320
年齢	平均±SD	36.80±9.98	37.54±10.45	36.00±9.84	0.38	0.709
診断名 ICD	F2	10	4	6	2.70	0.441
	F3	12	8	4		
	F4	2	1	1		
	F8	1	0	1		
同居家族（有）	人数	19	9	10	0.68	0.409
結婚歴（未婚）	人数	18	8	10	3.86	0.146
（配偶者有）	人数	6	5	1		
（離婚）	人数	1	0	1		
過去1年間の入院回数	平均±SD	0.15±0.38	0.08±0.29	0.12±0.33	0.52	0.606
生活保護（有）	人数	6	5	1	3.11	0.078
就業（有）	人数	8	5	3	0.52	0.471
身体合併症（有）	人数	9	5	4	0.07	0.790
<精神症状>		全体（n=23）	介入群（n=11†）	対照群（n=12）	t 値	P 値
PANSS（陽性）	平均±SD	15.26±6.30	14.18±6.31	16.25±6.41	-0.78	0.445
（陰性）	平均±SD	15.17±6.73	15.18±8.38	15.17±5.17	0.01	0.996
（総合精神病理）	平均±SD	33.48±7.99	33.73±10.68	33.25±4.88	0.14	0.890
（合計）	平均±SD	63.91±16.72	63.09±22.71	64.67±9.44	-0.22	0.827
GAF	平均±SD	42.39±6.21	41.73±7.02	43.00±5.62	-0.48	0.635
SBS（社会的引きこもり）	平均±SD	4.96±3.97	6.00±5.04	4.00±2.52	1.22	0.236
（陽性症状に伴う行動）	平均±SD	3.39±4.11	4.18±4.81	2.67±3.39	0.88	0.389
（気分と行動の不安定さ）	平均±SD	3.96±2.48	4.45±2.46	3.50±2.50	0.92	0.368
（迷惑および反社会的な行動）	平均±SD	2.09±2.71	2.00±3.63	2.17±1.64	-0.14	0.887
（合計）	平均±SD	15.57±8.86	18.36±11.69	13.00±4.22	1.49	0.151
<生活の質>		全体（n=25）	介入群（n=13）	対照群（n=12）	t 値	P 値
QOL（身体的領域）	平均±SD	2.44±0.61	2.46±0.58	2.43±0.67	0.13	0.898
（心理的領域）	平均±SD	2.26±0.70	2.31±0.75	2.21±0.66	0.35	0.730
（社会的領域）	平均±SD	2.49±0.79	2.77±0.84	2.19±0.64	1.90	0.070
（環境領域）	平均±SD	2.90±0.74	3.00±0.83	2.80±0.65	0.66	0.516
（全般的な生活の満足度）	平均±SD	2.14±0.77	2.19±0.83	2.08±0.73	0.35	0.732
（合計）	平均±SD	2.53±0.61	2.61±0.67	2.44±0.56	0.67	0.509

† 介入群（n=2）のベースライン時の精神症状に欠損あり解析から除外

表5.【A 班】精神症状および生活の質の経時変化：介入群

<精神症状>		ベースライン (n=11)	6 ヶ月後 (n=11)	1 年後 (n=11)
PANSS (陽性)	平均±SD	14.18±6.31	13.09±4.93	13.45±5.34
(陰性)	平均±SD	15.18±8.38	13.91±7.20	14.18±6.24
(総合精神病理)	平均±SD	33.73±10.68	32.27±10.10	31.09±7.27
(合計)	平均±SD	63.09±22.71	59.27±20.14	58.73±16.54
GAF	平均±SD	41.73±7.02	46.82±8.15	49.27±8.40
SBS (社会的引きこもり)	平均±SD	6.00±5.04	4.18±4.85	4.64±4.57
(陽性症状に伴う行動)	平均±SD	4.18±4.81	2.91±3.36	2.73±3.82
(気分と行動の不安定さ)	平均±SD	4.45±2.46	3.36±1.69	2.45±1.13
(迷惑および反社会的な行動)	平均±SD	2.00±3.63	1.64±2.54	1.55±1.75
(合計)	平均±SD	18.36±11.69	14.00±9.95	13.09±9.15
<生活の質>		ベースライン (n=13)	6 ヶ月後 (n=13)	1 年後 (n=13)
QOL (身体的領域)	平均±SD	2.46±0.58	2.53±0.60	2.54±0.52
(心理的領域)	平均±SD	2.31±0.75	2.36±0.82	2.35±0.79
(社会的領域)	平均±SD	2.77±0.84	2.87±0.73	3.31±0.71
(環境領域)	平均±SD	3.00±0.83	3.14±0.61	3.32±0.57
(全般的な生活の満足度)	平均±SD	2.19±0.83	2.04±0.75	2.27±0.56
(合計)	平均±SD	2.61±0.67	2.68±0.60	2.80±0.54

GAF 得点の経時変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時変化	325.879	2	162.939	7.600	0.004*
対象者	1433.212	10	143.321		
誤差	428.788	20	21.439		

* P<0.05

SBS 社会的引きこもりの経時変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時変化	19.697	2	9.848	5.856	0.010*
対象者	664.545	10	66.455		
誤差	33.636	20	1.682		

* P<0.05

SBS 気分と行動の不安定さの経時変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時変化	22.061	2	11.030	3.808	0.040*
対象者	44.061	10	4.406		
誤差	57.939	20	2.897		

* P<0.05

SBS 合計点の経時的変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	174.788	2	87.394	9.141	0.002*
対象者	3002.242	10	300.224		
誤差	191.212	20	9.561		

* P<0.05

QOL 社会的領域の経時的変化：介入群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	2.128	2	1.064	5.042	0.015*
対象者	15.924	12	1.327		
誤差	5.065	24	0.211		

* P<0.05

表 6. 【A 班】精神症状および生活の質の経時的変化：対照群

<精神症状>		ベースライン (n=12)	6 ヶ月後 (n=12)	1 年後 (n=8†)
PANSS (陽性)	平均±SD	16.25±6.41	15.08±4.46	13.63±5.34
(陰性)	平均±SD	15.17±5.17	14.33±5.12	16.25±6.54
(総合精神病理)	平均±SD	33.25±4.88	34.00±4.26	33.50±3.42
(合計)	平均±SD	64.67±9.44	63.42±8.60	63.38±11.08
GAF	平均±SD	43.00±5.62	45.92±7.20	46.50±5.78
SBS (社会的引きこもり)	平均±SD	4.00±2.52	3.58±2.35	4.50±2.39
(陽性症状に伴う行動)	平均±SD	2.67±3.39	2.58±2.78	2.75±3.45
(気分と行動の不安定さ)	平均±SD	3.50±2.50	3.50±2.84	3.75±2.25
(迷惑および反社会的な行動)	平均±SD	2.17±1.64	1.75±1.71	1.38±1.69
(合計)	平均±SD	13.00±4.22	12.25±4.35	13.13±4.29
<生活の質>		ベースライン (n=12)	6 ヶ月後 (n=12)	1 年後 (n=8†)
QOL (身体的領域)	平均±SD	2.43±0.67	2.55±0.71	2.32±0.62
(心理的領域)	平均±SD	2.21±0.66	2.08±0.60	2.00±0.45
(社会的領域)	平均±SD	2.19±0.64	2.53±0.63	2.54±0.69
(環境領域)	平均±SD	2.80±0.65	2.79±0.55	2.69±0.52
(全般的な生活の満足度)	平均±SD	2.08±0.73	2.29±0.58	1.75±0.65
(合計)	平均±SD	2.44±0.56	2.49±0.53	2.34±0.40

† 1年後調査が完了していない対象者 (n=4) を解析から除外

SBS 迷惑および反社会的な行動の経時的変化：対照群 分散分析表

変動因	偏差平方和 (SS)	自由度 (DF)	平均平方 (MS)	分散比 (F 値)	P 値
経時的変化	5.583	2	2.792	6.797	0.009*
対象者	54.000	7	7.714		
誤差	5.750	14	0.411		

* P<0.05

表7. 介入群と対照群の比較（6ヶ月後、1年後）：分散分析

		全体 (n=23, n=19†) 平均±SD	介入群 (n=11) 平均±SD	対照群 (n=12, n=8†) 平均±SD	F 値	P 値
PANSS (陽性) (陰性) (総合精神病理) (合計)	6ヶ月後	-1.13±2.90	-1.09±2.95	-1.17±2.98	0.004	0.952
	1年後	-1.00±2.85	-0.73±2.24	-1.38±3.66	0.229	0.638
	6ヶ月後	-1.04±3.75	-1.27±3.55	-0.83±4.06	0.076	0.786
	1年後	-0.05±3.95	-1.00±4.00	1.25±3.73	1.548	0.230
	6ヶ月後	-0.30±4.60	-1.45±4.25	0.75±4.83	1.340	0.260
	1年後	-2.26±4.78	-2.64±5.52	-1.75±3.85	0.152	0.702
	6ヶ月後	-2.48±6.72	-3.82±7.91	-1.25±5.48	0.832	0.372
	1年後	-3.32±8.49	-4.36±9.83	-1.88±6.56	0.385	0.543
	6ヶ月後	3.96±6.71	5.09±6.36	2.92±7.13	0.591	0.451
	1年後	5.58±8.74	7.55±7.81	2.88±9.73	1.349	0.262
	6ヶ月後	-1.09±1.78	-1.82±1.83	-0.42±1.51	4.043	0.057
	1年後	-0.58±2.06	-1.36±2.20	0.50±1.31	4.517	0.049*
	6ヶ月後	-0.65±1.90	-1.27±2.28	-0.08±1.31	2.398	0.136
	1年後	-0.95±1.87	-1.45±2.02	-0.25±1.49	2.032	0.172
SBS (社会的引きこもり) (陽性症状に伴う行動) (気分と行動の不安定さ) (迷惑および反社会的な行動) (合計)	6ヶ月後	-0.52±2.64	-1.09±2.30	0.00±2.92	0.976	0.334
	1年後	-1.26±2.60	-2.00±3.07	-0.25±1.39	2.243	0.153
	6ヶ月後	-0.39±1.95	-0.36±2.34	-0.42±1.62	0.004	0.950
	1年後	-0.74±2.16	-0.45±2.70	-1.13±1.13	0.434	0.519
	6ヶ月後	-2.48±5.23	-4.36±5.41	-0.75±4.61	2.988	0.099
	1年後	-3.42±4.90	-5.27±4.10	-0.88±5.00	4.439	0.050*
		全体 (n=25, n=21†)	介入群 (n=13)	対照群 (n=12, n=8†)	F 値	P 値
QOL (身体的領域) (心理的領域) (社会的領域) (環境領域) (全般的な生活の満足度) (合計)	6ヶ月後	0.09±0.47	0.07±0.56	0.12±0.38	0.079	0.781
	1年後	0.06±0.47	0.08±0.55	0.04±0.31	0.036	0.852
	6ヶ月後	-0.03±0.52	0.05±0.59	-0.12±0.44	0.707	0.409
	1年後	0.05±0.56	0.04±0.58	0.06±0.57	0.005	0.945
	6ヶ月後	0.21±0.46	0.10±0.52	0.33±0.37	1.584	0.221
	1年後	0.48±0.73	0.54±0.73	0.37±0.79	0.242	0.629
	6ヶ月後	0.07±0.52	0.14±0.56	-0.01±0.47	0.548	0.466
	1年後	0.27±0.51	0.32±0.58	0.19±0.38	0.304	0.588
	6ヶ月後	0.02±0.64	-0.15±0.69	0.21±0.54	2.110	0.160
	1年後	0.00±0.50	0.08±0.49	-0.13±0.52	0.800	0.382
	6ヶ月後	0.07±0.41	0.08±0.50	0.05±0.32	0.024	0.878
	1年後	0.16±0.39	0.19±0.44	0.12±0.32	0.175	0.681

†各時点までの調査が終了している対象者について解析を実施した。

6ヶ月後：介入群 n=11, 対照群 n=12, 1年後：介入群 n=11, 対照群 n=8.

* P<0.05